Universitair Ziekenhuis Brussel

Hôpital Erasme

ULB

ULB Center of Human Genetics

BELAC 141-MED

version 10 2025 10 01

DEMANDE D'ANALYSE GÉNÉTIQUE
TEST PRÉNATAL NON-INVASIF (TPNI ou NIPT)

CENTRUM MEDISCHE GENETICA
UZ Brussel
Laarbeeklaan 101 - 1090 Bruxelles
secrétariat laboratoire: cmg.laboratory@uzbrussel.be - fax. +32 (0)2 477 68 59
secrétariat consultation: tel. +32 (0)2 477 60 71 - fax. +32 (0)2 477 68 60
www.brusselsgenetics.be

accrédité par BELAC 141-MED selon la norme de qualité ISO15189

Un formulaire distinct doit être rempli pour chaque patiente. Nous ne commencerons l'analyse génétique qu'à la réception du présent formulaire, dûment complété en majuscules et signé par la patiente ainsi que par le médecin prescripteur

Identification de la patiente

Nom: Vignette
Prénom:
Date de naissance:
Adresse résidentielle: identification patiente
Adresse email:
Adresse facturation:

Téléphone:
Numéro NISS:
Origine ethnique:

Identification du médecin prescripteur

Nom: Cachet
Prénom:
Service prescripteur:
Adresse: médecin prescripteur

Adresse email:
Adresse E-health:
Téléphone:
Numéro d'INAMI:

Date prescription:
Votre référence:
Autre(s) destinataire(s):
Adresse:

Langue préférée du rapport ☐ Français ☐ Anglais ☐ Néerlandais

Données de la grossesse

Avant la grossesse:

Taille (cm): _____ Poids (kg): _____ *BMI _____

* Avec une valeur BMI de 30 ou plus, il est conseillé de réaliser le TPNI seulement à partir de la 14e semaine de grossesse afin de réduire le risque d'obtenir des résultats non concluants

Grossesse:

☐ spontanée ☐ après FIV ☐ après ICSI ☐ après DPI ☐ don d'ovocyte

Echographie:

Date: ...../...../..... Attention! Le TPNI est moins fiable avant 12 semaines de grossesse

N° de semaines de grossesse: _____ semaines _____ jours

Signes mineurs: ☐ Absents
☐ Suggestifs d'une trisomie 21
☐ Suggestifs d'une autre anomalie (numérique)
Description: _____

N° de fœtus: ☐ 1 ☐ 2 ☐ jumeau évanescent

Chorionicité: ☐ BC/BA ☐ MC/BA ☐ MC/MA

Attention! Le TPNI ainsi que la détermination du sexe est moins fiable en cas de jumeau (évanescent)

Historique

Grossesse(s): G: ___ P: ___ A: ___
☐ Fausse couche
☐ Avortement
☐ Extra-utérine
☐ Molaire

Antécédents d'anomalies génétiques:

☐ Pour une grossesse précédente: _____
☐ Chez la patiente: _____
☐ Dans la famille: _____

Antécédents de la patiente enceinte:

☐ Médicaux: _____ Date: ...../...../.....
☐ Chirurgicaux: _____ Date: ...../...../.....
☐ Médicaments/thérapies: _____
_____ Date: ...../...../.....
☐ Autres: _____
_____ Date: ...../...../.....

Données de l'échantillon

☐ 1St 1x 10 mL sang dans tube Streck

Attention! minimum 8 mL sang/tube et nécessité d'inverser le tube immédiatement après le prélèvement est requis
Conservation et transport: à température ambiante pendant maximum 1 journée ou au frais jusqu'à 4°C pendant plusieurs jours - éviter absolument la congélation

Date de prélèvement: _____ Heure de prélèvement: _____
Date de réception: _____ Heure de réception: _____

Consentement éclairé de la patiente enceinte

1. J'ai été informée des possibilités et des limitations du test, telles que décrites dans la brochure d'information. J'ai eu l'opportunité de poser des questions supplémentaires à mon professionnel de santé.
2. Je comprends que le TPNI est un test génétique non invasif, effectué sur un échantillon de mon sang, à partir de la 12e semaine de grossesse, où l'ADN provenant du placenta (après la naissance) est examiné.
3. Je comprends que ce test est principalement destiné à détecter la trisomie 21, 18 et 13 (syndrome de Down, syndrome d'Edwards et syndrome de Patau, respectivement).
4. Je comprends que d'autres tests plus adaptés sont recommandés en cas de risque accru de certaines conditions génétiques.
5. Le TPNI est un test de dépistage.En cas de résultat normal, le risque que le fœtus présente une trisomie 21, 18 ou 13 est très faible mais pas complètement exclu. D'autre part, il est possible que dans le cas d'un résultat anormal du TPNI, le bébé ne présente pas l'anomalie. Un résultat anormal doit toujours être confirmé par un test prénatal invasif (de préférence une amniocentèse).
6. Le résultat sera généralement disponible après 4 jours ouvrables, à compter du premier jour ouvrable de réception de l'échantillon de sang.
7. Dans certains cas, aucun résultat ne peut être obtenu. Dans ces cas, un nouvel échantillon de sang peut être testé sans frais supplémentaires.
8. Je comprends qu'un seul TPNI par grossesse est remboursé en Belgique et que la contribution personnelle est limitée (https://www.brusselsgenetics.be). Si j'ai droit à un remboursement majoré, je n'ai pas à payer de contribution personnelle. Par ma signature, je confirme que je n'ai pas encore subi de TPNI ou de test combiné au cours de ma grossesse actuelle (sauf si un deuxième échantillon NIPT est demandé par le laboratoire). Si je ne suis pas affiliée à une mutuelle belge, je suis consciente que je dois payer moi-même le coût total de ce test.
9. Dans de rares cas, le TPNI peut détecter d'autres anomalies chromosomiques que la trisomie 21, 18 et 13 à la fois chez le fœtus et chez moi-même. Celles-ci seront communiquées si elles sont jugées cliniquement pertinentes pour moi et/ou mon enfant, en tenant compte des directives du Collège Belge de Génétique Humaine et des Maladies Rares. Je comprends que des tests supplémentaires seront effectués si nécessaire. Je peux choisir si je souhaite être informée à ce sujet ou non. La précision du test pour déterminer les anomalies des chromosomes sexuels et d'autres anomalies chromosomiques n'est pas encore connue. J'aurai l'opportunité de discuter de ces résultats avec un généticien clinique/conseiller en génétique.
10. Je comprends que ce test peut déterminer le sexe du fœtus avec une probabilité élevée. Je comprends également que ce test peut détecter certaines anomalies des chromosomes sexuels (syndrome de Turner et syndrome de Klinefelter) et que je dois donner mon consentement si je souhaite être informée à ce sujet.
11. Je comprends que le matériel résiduel et les données génétiques obtenues après la réalisation du TPNI peuvent être utilisés de manière pseudonymisé à des fins de validation, de contrôle qualité interne ou de recherche (par exemple, optimisation du TPNI et nouveaux développements).

Veuillez indiquer quelle analyse vous préférez (si vous n'avez pas indiqué de choix, une analyse standard sera effectuée)

- ◯ Je choisis l'analyse complète standard, qui comprend un examen de TOUS les chromosomes et du sexe.
- ◯ Je choisis l'analyse complète standard ET des informations sur les anomalies des chromosomes sexuels, à savoir le syndrome de Turner et le syndrome de Klinefelter**.
- ◯ Je choisis une analyse limitée, je souhaite seulement être informée de la trisomie 13, 18 et 21, et du sexe.
- ◯ Je choisis une analyse limitée, je souhaite seulement être informée de la trisomie 13, 18 et 21, ainsi que des anomalies des chromosomes sexuels**

**Pas possible en cas de grossesse gémellaire.

Patiente

Nom: _____

Date: _____

Signature: _____

Médecin prescripteur

Nom: _____

Date: _____

Signature: _____