



## **ESTIMATION DU RISQUE DE PRE-ECLAMPSIE**

### **par les marqueurs sériques maternels**

### **au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse**

#### PRESCRIPTEUR

- 1 - Informer la patiente
- 2 - Compléter toutes les informations cliniques au verso de ce document  
Ces informations sont TOUTES OBLIGATOIRES pour l'estimation de ce risque
- 3 - Ce dépistage n'est actuellement disponible que pour une grossesse monofœtale et entre 11.0 et 13.6 semaines d'aménorrhée
- 4 - A noter que la pression artérielle doit être prise aux deux bras

#### LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

- 1 - Prélever 5 ml de sang sur tube sec EXCLUSIVEMENT
- 2 - Centrifuger et congeler dans les 4 heures maximum
- 3 - Le prélèvement est souhaitable le jour ou les quelques jours suivant l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre

#### INFORMATION PATIENTE

- 1 - Lire l'information
- 2 - Faire signer le consentement par la patiente
- 3 - Faire pratiquer le prélèvement sanguin dans votre laboratoire de biologie médicale habituel

# PRESCRIPTION MEDICALE POUR L'ESTIMATION DU RISQUE DE PRE-ECLAMPSIE

## Par les marqueurs sériques maternels au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse

🔗 DOCUMENT A CONFIER A LA PATIENTE POUR ETRE TRANSMIS AU CENTRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL 🔗

PATIENTE	PRESCRIPTEUR
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nom : .....</li> <li>■ Prénom : .....</li> <li>■ Date de naissance : <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/></li> <li>■ Adresse : .....</li> <li>Code postal : <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> Ville : .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ N° d'identification <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> Clé <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/></li> <li style="text-align: center; font-size: 0.8em; margin-top: 5px;">(zone obligatoirement renseignée)</li> </ul> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin-top: 10px;"> <p style="margin: 0;">CACHET OBLIGATOIRE</p> </div>

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES TOUS OBLIGATOIRES POUR L'ESTIMATION DU RISQUE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Date de l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre : <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/></li> <li>■ Longueur crano-caudale : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> mm (45,0 à 84,0 mm)</li> <li>■ Date de la prise de la pression artérielle : <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Bras gauche : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> mm / Hg</li> <li style="margin-left: 20px;">Bras droit : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> / <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> mm / Hg</li> <li>■ Date du doppler des artères utérines : <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Index pulsatilité gauche : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> , <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> (0,40 à 4,00)</li> <li style="margin-left: 20px;">Index pulsatilité droite : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> , <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> (0,40 à 4,00)</li> <li>■ Taille de la patiente : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> cm</li> <li>■ Poids de la patiente : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> kg</li> <li>■ Fumeuse : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Origine géographique : Europe / Afrique du nord <input type="checkbox"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Afrique sub- saharienne/Antilles <input type="checkbox"/> Asie <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Autre (<i>préciser</i>) : .....</li> <li>■ Antécédents de pré-éclampsie : NON <input type="checkbox"/></li> <li style="margin-left: 20px;">OUI, chez la patiente <input type="checkbox"/> OUI, chez la mère de la patiente <input type="checkbox"/></li> <li style="margin-left: 20px;">OUI, chez la patiente ET sa mère <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></li> <li>■ Parité (nombre d'enfants nés vivants) : nullipare <input type="checkbox"/></li> <li style="margin-left: 20px;">Une grossesse précédente : <input type="checkbox"/> 2 ou plus <input type="checkbox"/></li> <li>■ Hypertension chronique : NON <input type="checkbox"/></li> <li style="margin-left: 20px;">OUI, traitée <input type="checkbox"/> OUI, non traitée <input type="checkbox"/></li> </ul>

INFORMATION – CONSENTEMENT DE LA PATIENTE
<p>Cet examen biologique est une estimation du risque de pré-éclampsie.</p> <p>Ce risque se calcule avec tous les renseignements cliniques ci-dessus et les résultats de deux dosages biologiques PAPPa et PlGF, pour une grossesse monofoetale et au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.</p> <p>Il s'agit d'un dépistage et non d'un diagnostic (possibilité de faux-positif et de faux-négatif).</p> <p style="margin-top: 10px;">Date : <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px; text-align: right;"> <p>Signature de la patiente :</p> </div>

LABORATOIRE D'EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE	N° de Correspondant : <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/>
<p><b>DATE DE PRELEVEMENT</b></p> <p><input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin: 0 5px;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>FACTURATION</b></p> <p><input type="checkbox"/> à votre laboratoire    <input type="checkbox"/> à la patiente    <input type="checkbox"/> en tiers-payant <i>(assurance maladie, mutuelle)</i></p> <p>Fournir impérativement copies de la carte navette, de l'ordonnance, les coordonnées de la mutuelle, n° d'adhérent et période de validité.</p>
<p><b>CACHET</b></p>	