



ETUDE hCG10

FICHE DE SUIVI Etude du suivi de grossesse des patientes ayant présenté une hCG totale ou hCG β \geq 10 MoM au cours du dépistage de la trisomie 21 (MSM1T ou MSM2T)

Promoteur : Dr S. Dreux, Biochimie prénatale, Hôpital Robert Debré, 48 bd serrurier, 75019 PARIS. Tel 01 40 03 53 82/40 39 Fax 01 40 0353 80 courriel : sophie.dreux@rdb.aphp.fr

CPDPN : Ville / Site :

Coordinateur (Médecin/SF) :

PATIENTE : Le numéro d'anonymisation est composé de : n°CPDPN-3 1ères lettre du NOM- 3 1eres lettres du prénom – DDN sous forme JJ/MM/AAAA

NOM :

Prénom :

DDN :

DDG :

Parité :

Gestité :

PMA : NON

OUI préciser

Résultat du dépistage de la trisomie 21 par les marqueurs sériques maternels :

MSM1T : MoM hCG β :

MoM PAPP-A :

MoM CN :

Risque

MSM2T : MoM hCG β :

MoM AFP :

(MoM CN) :

Risque :

Examen complémentaire en relation avec le dépistage de la T21 :

Caryotype fœtal

• Non réalisé :

- Calcul de risque de T21 $<$ 1/250
- Refus
- DPNI (résultat en clair)

• Réalisé :

- PLA
- BT
- ACPA, Bob's, CGH Array
- Autre

Résultat

Renvoyer à : Dr S. Dreux, Biochimie prénatale, Hôpital Robert Debré, 48 bd Sérurier, 75019 PARIS. Tel 01 40 03 53 82/40 39 Fax 01 40 0353 80 courriel : sophie.dreux@rdb.aphp.fr



ETUDE hCG10

N° d'anonymisation :

CONSULTATION n° (dupliquer cette feuille à chaque consultation)

Date : Age gestationnel :
Poids de la patiente : Taille :

Pathologie(s) maternelle(s) :

Traitements en cours :

Examens complémentaires en relation avec hCG10 :

2^{ème} prise de sang maternel pour étude cinétique de l'hCG OUI NON

Si OUI : Age gestationnel :

Résultat hCG (β) en MoM :

Tension artérielle

Echographie de référence

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----|-----|---------------|-----|
| | OUI | NON | Normale : OUI | NON |
| • Echographie fœtale | OUI | NON | Normale : OUI | NON |
| • RCIU | OUI | NON | Percentiles : | |
| • Echographie détaillée du placenta | OUI | NON | Normale : OUI | NON |
| • Echographie pelvienne maternelle | OUI | NON | Normale : OUI | NON |

Si anomalie(s), décrire ou joindre un (des) CR

- | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----|---------------|-----|
| • Doppler ombilical | OUI | NON | Normale : OUI | NON |
| • Doppler des artères utérines | OUI | NON | Normale : OUI | NON |

Si anomalie(s), décrire ou joindre un (des) CR

Autres explorations et autres résultats : détailler