

Eingang Datum/Zeit

Bearbeitung

Unters.-Nr.

## Demande pour test prénatal non-invasif

### ■ Patiente

Nom	Prénom	Date de naissance
Rue	NPA / Localité	Téléphone

### ■ Assurance maladie

Nom de l'assurance\*      Numéro d'assuré

**Assuré à l'assurance complémentaire Primeo<sup>#</sup> du groupe Helsana?**     Oui     Non  
(Helsana, Progrès, Sansan, Avanex)

\*Les personnes assurées à Helsana bénéficient d'un rabait de 12% pour le Test Panorama

<sup>#</sup> Remboursement des frais selon les conditions de l'assurance Primeo

**Consentement:** J'ai reçu toutes les informations concernant le test par mon médecin et approuve cette analyse. Concernant le test Panorama, je confirme avoir lu et approuvé les informations écrites actuelles. Je suis d'accord avec les conditions du test.

J'accepte  Je n'accepte pas  que mon échantillon/mes résultats soient utilisés anonymement pour la recherche.

Signature de la patiente

### ■ Médecin demandeur

### ■ Médecin traitant

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Envoyez-moi svp des kits de collection "Panorama test" supplémentaires (nombre) \_\_\_\_\_

### ■ Echantillons, analyses

Date de prélèvement \_\_\_\_\_

**Test Panorama:**     **Dépistage des Trisomies**  
T21, T18, T13, X0, Triploïdie

**Panel Microdélétions**  
22q11, 1p36, Cri-du-chat, Angelman, Prader-Willi

*Matériel nécessaire pour le Test Panorama:*  
- 2x10 ml de sang dans tubes Streck (ne pas refroidir ou réchauffer);  
Envoi par Poste Express "Lune"

**Autre analyse:**     **Détermination du Rhésus D**

### ■ Indication, anamnèse familiale

Souhait                       Trouvé par échographie\*                       Défaut chromosomique familial connu\*

Âge, 35 ans et plus                       Risque 1TT/Screening biochimique élevé\*                       Autres\*

\*Données sur l'indication, anamnèse familiale:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ■ Grossesse, mesures échographiques

DDR _____	Poids de la mère _____ kg	
DPA _____ Aménorrhée _____	Grossesse multiple/jumeaux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
LCC _____ correspondant à _____	Don d'ovule/mère porteuse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Bip _____ correspondant à _____		

**Limites du test Panorama:** Test à partir de la 9+0 SG;  
Le test ne peut pas être effectué en cas de: jumeaux/grossesse multiple, don d'ovule, après transplantation de moelle osseuse, cosanguinité des parents (cousins)