



DPNI

Dépistage Prénatal Non-Invasif

Données de la patiente (VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE EN CARECTERES D'IMPRIMERIE)

*** Afin de garantir une confidentialité maximale pour les patients, GENDIA n'utilise pas le nom des patients mais un code
Par conséquent, utilisez un CODE (avec au moins de 6 chiffres et/ou lettres) au lieu de votre NOM, et gardez ce code dans un endroit sûr, car GENDIA utilisera ce code dans tous les documents.**

Code de Patient*	...			
Date de naissance	...			
Adresse	...			
Numéro de téléphone	...			
E-mail	...			
Age gestationnel	...	Semaines	...	Jours
Date de la prise de sang	...			
FIV ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	No
Donation d'ovule/mère porteuse ?	<input type="checkbox"/>	Oui, Age donor ...	<input type="checkbox"/>	No
Grossesse multiple	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	No
Grossesse multiple en début de grossesse ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	No
Voulez-vous connaître le sexe du bébé ?	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	No
Combien pesez-vous ?	... kg			

Indications pour DPNI

L'âge de la patiente	<input type="checkbox"/>
Triple test anormal	<input type="checkbox"/> Spécifiez: ...
Inquiétude / angoisse	<input type="checkbox"/> Spécifiez: ...
Maladies héréditaires au sein de la famille (cancer, mucoviscidose, anomalie génétiques,...)	<input type="checkbox"/> Spécifiez: ...
Autres	<input type="checkbox"/> Spécifiez: ...

Médecin traitant/Sage-femme

Nom + Prénom	...
Numéro de téléphone	...
Adresse e-mail	...

Consentement éclairé

Je donne mon consentement pour que GENDIA réalise la recherche DPNI. J'ai lu et compris les possibilités et les restrictions du test DPNI.

Signature de la future mère