Prescription médicale

prenato+

Identification

PRÉNOM / NOM _____

DDN _____

RAMQ _____

**2 identifiants obligatoires*

☐ Dépistage Prenato - ADN fœtal

Dépistage des trisomies 13, 18 et 21 incluant sexe fœtal (option sans frais)

Options supplémentaires ($)

- ☐ **Anomalies chromosomes sexuels**
  (MX, XXY, XYY, XXX)
- ☐ **Dépistage de la trisomie sur les 23 paires de chromosomes**
- ☐ **Dépistage des microdélétions**
  (22q11.2 deletion (DiGeorge), 15q11.2 (Angelman/Prader-Willi), 1p36 deletion, 4p- (Wolf-Hirschhorn), Monosomie 5p.)

Échographies obstétricales

- ☐ **VIABILITÉ** — Indication : _____
- ☐ **DATATION** (à partir de la 8e semaine d'aménorrhée)
- ☐ **CLARTÉ NUCALE** (incluant datation et morphologie du 1er trimestre)
- ☐ **MORPHOLOGIE DU 2E TRIMESTRE**
- ☐ **CROISSANCE FŒTALE** — À réaliser à : _____ sem.
  Indication : _____
- ☐ **AUTRE :** _____ Indication : _____

SIGNATURE _____

PRÉNOM/NOM _____

NO. PRATIQUE _____ **TÉLÉCOPIEUR** _____

LIEU DE PRATIQUE _____ **DATE** _____