



## ACCORD PREALABLE A LA REALISATION D'ACTES MEDICAUX ET D'EXAMENS BIOLOGIQUES POUR CONVENANCE PERSONNELLE

### DIAGNOSTIC PRENATAL CHROMOSOMIQUE (CARYOTYPE FŒTAL) SUR LIQUIDE AMNIOTIQUE OU VILLOSITES CHORIALES

Service de Cytogénétique Médicale CHU Estaing - 1 place Lucie et Raymond Aubrac - 63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 1  
Tel : 04 73 750 703 / 50 712 - Fax : 04 73 750 704

La réalisation d'un diagnostic prénatal chromosomique (caryotype fœtal) est remboursée par l'assurance maladie dans les indications suivantes :

- ✓ Grossesse à risque de trisomie 21 fœtale  $\geq 1/50$  (dépistage combiné du 1<sup>e</sup> trimestre – ou marqueurs sériques maternels du 2<sup>e</sup> trimestre)
- ✓ Grossesse à risque de trisomie 21 fœtale après dépistage positif de la trisomie 21 fœtale par ADNlc
- ✓ Anomalies chromosomiques parentales
- ✓ Antécédent, pour le couple, de grossesse avec caryotype anormal
- ✓ Signes d'appels échographiques
- ✓ Age de la femme supérieur ou égal à 38 ans à la date du prélèvement, à titre exceptionnel, si la patiente n'a pu bénéficier d'aucun des dépistages de la trisomie 21

Si le diagnostic prénatal demandé par la patiente ne rentre pas dans les indications mentionnées ci-dessus, l'examen lui sera facturé et elle devra alors en assurer le paiement en totalité conformément au code de la sécurité sociale, article L162-13-2. Il lui appartiendra alors d'interroger sa mutuelle pour un éventuel remboursement.

Je soussignée ..... déclare avoir pris connaissance des indications relatives à la prise en charge des actes de biologie médicale en vue d'un diagnostic prénatal chromosomique sur prélèvement de liquide amniotique ou de villosités choriales.

Je ne rentre pas dans le cadre des indications pour lesquelles ce test est remboursé.

Toutefois, **pour convenance personnelle**, je désire la réalisation d'un caryotype fœtal et je m'engage donc à régler au CHU de Clermont-Ferrand les examens réalisés selon le devis suivant :

Forfait amniocentèse : 495,00 €

Forfait choriocentèse : 675,00 €

Examen optionnel : recherche en urgence par FISH de la présence d'une trisomie 13, 18 ou 21 : 135,00 €

Le paiement devra être joint au prélèvement (chèque à l'ordre du Trésor Public) et accompagné d'une copie recto-verso de la carte d'identité

Clermont-Ferrand le :     /     /  
Signature de la femme enceinte