



DT9183

## Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP)

Le PQDP offre aux femmes enceintes un test de dépistage prénatal de la trisomie 21, mais il pourrait aussi révéler une trisomie 18 ou une trisomie 13 en cours de grossesse.

**À cocher si le verso de chacune des copies a été tamponné par le professionnel.**

Prescripteur chargé du suivi des résultats	
Professionnel habilité	N° de pratique
Titre d'emploi	
Adresse	Ind. rég. N° de téléphone
Signature	Ind. rég. N° de télécopieur

Nom				
Prénom				
Date de naissance		Année	Mois	Jour
N° d'assurance maladie				
Adresse		Code postal		
N° de téléphone		Ind. rég.		

Professionnel en copie			
Adresse		N° de pratique	
Ind. rég.	N° de téléphone	Ind. rég.	N° de télécopieur

### CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION AU PQDP

**Test de dépistage et transmission de renseignements :** En acceptant de participer au Programme québécois de dépistage prénatal, je consens aux prélèvements et à l'échographie, s'il y a lieu, et j'autorise les professionnels du laboratoire (selon la région, le CHU de Québec – Université Laval ou le CHU Sainte-Justine) à procéder au test de dépistage prénatal. Si un risque augmenté est identifié, le test génétique prénatal non invasif (TGPNI) pour les trisomies 21, 18 et 13 me sera offert.

Pour les fins d'évaluation et du suivi de la qualité du programme de dépistage :

- J'autorise la transmission des informations contenues sur ce formulaire, les résultats du dépistage ainsi que l'information sur l'issue de ma grossesse (détails au verso) au ministre de la Santé et des Services sociaux.
- J'autorise également l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) à me contacter dans le cadre d'un sondage portant sur la satisfaction des participantes.

Ces renseignements personnels seront conservés de manière confidentielle pendant deux ans dans une banque de données centralisées sous la responsabilité du ministre. Ils seront ensuite détruits. Cependant, les renseignements non personnels ne permettant pas de m'identifier seront subséquemment conservés à des fins d'évaluation du PQDP.

Pour prendre une décision éclairée quant à votre participation au PQDP, assurez-vous d'avoir reçu les renseignements et les explications nécessaires à votre compréhension du PQDP. Vous trouverez ces renseignements dans le dépliant d'information qui vous est remis et auprès de votre professionnel de la santé.

- Participation volontaire :**
- Je reconnais que les informations et les explications nécessaires à ma compréhension m'ont été données par un professionnel de la santé.
  - Je reconnais également avoir pris connaissance et avoir bien compris le contenu du dépliant d'information qui m'a été remis.
  - Je comprends que ma participation est facultative et que je peux refuser ou accepter le test de dépistage prénatal.
  - Mon refus n'affectera pas les soins ni le soutien que je recevrai.

J'ai reçu toute l'information nécessaire et J'ACCEPTE de façon libre et éclairée de participer au PQDP.

J'ai reçu toute l'information nécessaire et JE REFUSE de façon libre et éclairée de participer au PQDP.

Signature de la femme enceinte âgée de 14 ans et plus	Date	Année	Mois	Jour
---	------	-------	------	------

Signature du tiers autorisé : _____ (à compléter uniquement si la femme enceinte est âgée de moins de 14 ans ou inapte à consentir)	Statut
	<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Personne intéressée

### Informations cliniques

Date des dernières menstruations (DDM) \_\_\_\_\_ Date probable d'accouchement (DPA) \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour Année Mois Jour

Poids : \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lbs

Diabète insulino-dépendant?  Non  Oui (excluant diabète gestationnel)

Fécondation *in vitro* (FIV) :  Non  Oui Si oui, date du transfert \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

**IMPORTANT :** si FIV avec don d'ovule ou ovule de la patiente, âge de la donneuse ou de la patiente au moment du prélèvement de l'ovule : \_\_\_\_\_ ans.

Grossesse précédente avec trisomie 21, 18 ou 13?  Non  Oui **Si oui, ne pas faire l'analyse biochimique et référer l'usagère pour TGPNI**

### Informations échographiques

Échographie à venir ?  Non  Non, échographie non disponible  Oui  Information inconnue

Est-ce une grossesse gémellaire?  Non  Oui **Si oui, ne pas faire l'analyse biochimique et référer l'usagère pour un TGPNI**

Date de l'échographie \_\_\_\_\_ LCC : \_\_\_\_\_ mm BPD : \_\_\_\_\_ mm  
Année Mois Jour

Clarté nucale : \_\_\_\_\_ mm (joindre le rapport d'échographie) Âge gestationnel suite à l'échographie : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'échographiste	Signature	Ind. rég. N° de téléphone	N° de pratique
----------------------------------	-----------	---------------------------	----------------

### Dépistage biochimique

Dépistage de premier trimestre (10<sup>e</sup>-13<sup>e</sup> semaines) **OU**  Dépistage de deuxième trimestre (14<sup>e</sup>-20<sup>e</sup> semaines)

Centre de prélèvements (nom et adresse)	
Prénom et nom du préleveur	N° de pratique
Signature du préleveur	Date du prélèvement
	Année Mois Jour

## Issue de la grossesse

Les informations sur l'**issue de la grossesse** (naissance, fausse couche, interruption volontaire de grossesse, présence d'une anomalie congénitale à la naissance, mortinaissance) seront obtenues à partir des laboratoires de cytogénétique du Québec et du système de données médico-hospitalières MED-ÉCHO et du système de données I-CLSC.

**Les laboratoires de cytogénétique** établissent le diagnostic par la recherche des anomalies de nombre ou de structure des chromosomes chez un individu. Au Québec, on retrouve des laboratoires de cytogénétique au CHU de Québec – Université Laval, au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et au Centre universitaire de santé McGill.

**Le système de données MED-ÉCHO** est une banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux qui contient des renseignements personnels clinico-administratifs relatifs aux soins et aux services rendus à une personne, admise ou inscrite en chirurgie d'un jour, dans un centre hospitalier du Québec.

**Le système de données I-CLSC** est une banque de données administrative du ministère de la Santé et des Services sociaux. Elle recueille diverses informations relatives aux demandes pour des services dispensés par les CLSC, ainsi que des données sur les interventions menées.

Identification du professionnel