

**INFORMATION ET CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE
A LA REALISATION DU PRELEVEMENT ET D'EXAMENS,
EN VUE D'UN DIAGNOSTIC PRENATAL IN UTERO**

- 1 COPIE à envoyer au laboratoire avec le prélèvement
- 1 COPIE à remettre à la patiente

Arrêté du 14 janvier 2014, consolidé le 2 janvier le 2019

Je soussignée
atteste avoir reçu du médecin (nom, prénom)
au cours d'une consultation médicale en date du

1° Des informations relatives au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité, aux caractéristiques de cette affection ; aux moyens de la diagnostiquer ; aux possibilités éventuelles de médecine fœtale ; de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

2° Des informations sur les examens biologiques susceptibles d'établir un diagnostic prénatal in utero qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier : cet (ces) examen(s) nécessite(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités choriales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ; les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement nécessaire pour réaliser cet (ces) examen(s) m'ont été précisés ; j'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ; d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ; le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de (*) :

liquide amniotique villosités choriales sang fœtal autre prélèvement fœtal (précisez).....

Je consens également à l'examen ou aux examens (*) pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué :

- examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique ;
- examens de génétique moléculaire ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les examens conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

A rayer en cas de refus:

Si une partie de mon prélèvement après examen reste inutilisé, je consens à ce qu'il soit intégré dans un programme d'études scientifiques. L'ensemble des données médicales me concernent seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, les études scientifiques effectuées seront sans bénéfice ni préjudice pour moi.

ATTESTATION DU PRESCRIPTEUR	
<i>Je certifie avoir informé la patiente sus-nommée du risque pour son enfant d'être atteint d'une anomalie chromosomique, génétique ou infectieuse d'une particulière gravité, des caractéristiques de cette affection, des moyens de la détecter, du risque qu'ils comportent et des conséquences possibles d'un résultat anormal.</i>	
SIGNATURE DU MEDECIN	SIGNATURE DE LA FEMME ENCEINTE
Fait à, le	Fait à, le