

1. Faire parvenir une copie à envoyer au Laboratoire avec le prélèvement
2. Conserver une copie dans le dossier médical et en remettre une copie à la patiente

Attestation de consultation préalable à une analyse de cytogénétique ou de biologie prénatale

Conformément aux conditions définies par les articles R2131-1 et R2131-2 du code de la santé publique : Je soussigné, Docteur....., certifie avoir reçu en consultation ce jour la patiente sous-nommée et de l'avoir informée :

- Sur le risque évalué pour son enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité,
- Sur les caractéristiques de cette affection, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus par l'analyse,
- Sur les risques inhérents aux prélèvements, sur leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Fait à, le __ / __ / ____

Signature du médecin :

Coordonnées ou tampon :

Consentement de la femme enceinte à la réalisation d'un diagnostic prénatal in utero

Je soussignée, atteste avoir reçu du docteur, au cours d'une consultation médicale :

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 et aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né.
2. Des informations sur les examens biologiques qui m'ont été proposées et dont je souhaite bénéficier en vue d'établir un diagnostic prénatal in utero:
 - sur les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal, nécessaire pour réaliser ces analyses ;
 - sur la nécessité d'un second prélèvement en cas d'échec technique (un nouveau consentement devra être signé) ;
 - sur le fait que l'examen peut révéler d'autres affections que celle(s) initialement recherchée(s) dans mon cas ;
 - sur le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit,

et **consens** au prélèvement de

- Liquide amniotique Villosités chorales Sang fœtal Autre (précisez) :

ainsi qu'à l'analyse ou aux analyses pour laquelle ou lesquelles ce prélèvement est effectué :

- Examens de **cytogénétique** y compris cytogénétique moléculaire ;
 Examens de **génétique moléculaire** ;
 Examens de biologie en vue du diagnostic de **maladies infectieuses** ;
 Examens de **biochimie fœtale** à visée diagnostique.

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.

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

Fait à, le __ / __ / ____

Signature de la patiente :