FOETUS

INFORMATION ET CONSENTEMENT À LA RÉALISATION DU PRÉLÈVEMENT
ET D'UNE OU DE PLUSIEURS ANALYSES EN VUE D'UN DIAGNOSTIC PRÉNATAL *IN UTERO*
(EN RÉFÉRENCE AUX ARTICLES R. 2131-1 ET R. 2131-2 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)
Conformément à l'arrêté du 14 janvier 2014

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 ;
   – aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né.
2) Des informations sur les analyses biologiques qui m'ont été proposées en vue d'établir un diagnostic prénatal *in utero* et dont je souhaite bénéficier *:*
   – sur les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal, nécessaire pour réaliser ces analyses ;
   – sur la nécessité d'un deuxième prélèvement en cas de mise en culture de cellules fœtales et d'échec de celle-ci ;
   – sur le fait que l'analyse peut révéler d'autres affections que celle recherchée 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,

Consens au prélèvement de : ☐ L*iquide amniotique* ☐ *Villosités choriales* ☐ *Sang fœtal.*

ainsi qu'à l'analyse ou aux analyses de :

☐ *Cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire* ☐ *Biochimie (hors marqueurs sériques)* ☐ *Génétique moléculaire*

☐ *Hématologie* ☐ *Immunologie* ☐ *Biologie fœtale en vue du diagnostic de maladies infectieuses*

☐ Autres : ……. ..

pour laquelle ou lesquelles ce prélèvement est effectué.

Cette (ou ces) analyse(s) sera (seront) réalisée(s) dans un établissement public de santé ou un laboratoire d'analyses de biologie médicale autorisé à les pratiquer : .....
.....
.....
.....

☐ J'autorise l'extraction d'ADN ou la conservation des cultures pour la réalisation d'une éventuelle analyse complémentaire si l'équipe médicale le juge nécessaire.

Le docteur ..... conserve l'original du présent document.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les analyses. L'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les analyses conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'analyse.

En cas de prescription de CGH-*array* prénatale :

☐ J'ai reçu et lu une notice d'information concernant cette analyse. J'ai pu poser les questions que je souhaitais.

En cas de découverte fortuite d'un variant prédisposant à une pathologie sans lien avec le motif de l'examen mais pouvant bénéficier de mesures de prévention ou de soin : ☐ Je souhaite en être avertie

☐ Je ne souhaite pas en être avertie

Date : ……

Signature du médecin Signature de l'intéressée