

UNITE DE MEDECINE FOETALE ET DE DIAGNOSTIC ANTENATAL

CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL



HOPITAL JEANNE DE FLANDRE

Secrétariat : 03-20-44-48-06 Fax : 03-20-44-64-28 E-mail : cpdpnlille@chru-lille.fr

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 chorales 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 : *Liquide amniotique* *Villosités chorales* *Sang fœtal.*

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

Cytogénétique *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.

Date :

Signature du médecin

Signature de l'intéressée