ORIGINAL À CONSERVER PAR LE MÉDECIN

eurofins | Biomnis

# Information et consentement de la femme enceinte

à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic prénatal *in utero* (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).

Je soussignée .....

**atteste avoir 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 foetale 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.

*(*) Rayez la mention inutile.*

**Date :** __ __ / __ __ / __ __

| Signature du médecin | Signature de l'intéressée |
|---|---|
| | |

eurofins | Biomnis

# Information et consentement de la femme enceinte

à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic prénatal *in utero* (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).

Je soussignée .....

**atteste avoir 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 foetale, 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 foetale 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.

*(*) Rayez la mention inutile.*

Date : __ __ / __ __ / __ __

| Signature du médecin | Signature de l'intéressée |
|---|---|
| | |

eurofins | Biomnis

# Information et consentement de la femme enceinte

à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic prénatal *in utero* (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).

Je soussignée .....

**atteste avoir 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 foetale, 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 foetale 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.

*(*) Rayez la mention inutile.*

Date : __ __ / __ __ / __ __

| Signature du médecin | Signature de l'intéressée |
|---|---|
| | |