



SERVICE D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

Téléphone Accueil : 02 31 06 44 09 Télécopie : 02 31 06 50 63 ana-path-accueil@chu-caen.fr

→ *Consentement parental après information des objectifs et des limites de l'examen fœto-placentaire*

Nous soussignés :

Madame (NOM, Prénom).....,

Monsieur (NOM, Prénom)..... ;

Parents de l'enfant (Prénom)....., Né(e) le : / / à (Lieu)

Autorisons le CHU de Caen à (cocher les cases correspondantes) :

- **Réaliser une autopsie** sur le corps de notre enfant, permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont il était affecté. ☐ Oui ☐ Non

↳ **Si Non**, réaliser à visée diagnostique :

- Un **examen externe seul et des examens d'imagerie** (radiologie) ☐ Oui ☐ Non
- Une **biopsie cutanée** en vue d'éventuelles études complémentaires ☐ Oui ☐ Non
(notamment une étude ADN)

- **Réaliser un examen des caractéristiques génétiques** (effectué par un laboratoire autorisé par l'Agence Régionale de Santé) **à des fins diagnostiques dans le cadre de :** ☐ Oui ☐ Non
☐ malformation(s) fœtale(s) ☐ décès fœtal

- **Conserver des tissus** en vue d'éventuelles études complémentaires ☐ Oui ☐ Non
(en particulier études de l'ADN) **à des fins diagnostiques**

- **Conserver des tissus** en vue d'éventuelles études complémentaires ☐ Oui ☐ Non
(en particulier études de l'ADN) **à des fins de recherche scientifique**

Les données nominatives et l'imagerie du dossier (photographies, radiographies, scanner, IRM ou autres) utiles à la démarche diagnostique seront conservées dans les outils de gestion institutionnels, des bases de données informatiques déclarées à la CNIL (Commission National Informatique et des Libertés) comme BaMaRa (notice d'information : <http://www.bndmr.fr/informations-legales/>). Les données cliniques et d'imageries anonymisées peuvent-être utilisées à des fins statistiques ou dans le cadre de travaux médico-scientifiques sur le principe de non opposition. Vous pouvez signaler toute opposition par mail à l'adresse : dpd@chu-caen.fr.

Fait le, à

Nom du médecin référent :

Cachet de l'établissement :

Signature de la mère :

Signature du père :

Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété et signé à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de poser les questions qu'ils jugent nécessaires. L'autorisation doit obligatoirement être donnée par la mère, lorsque l'enfant est né sans vie ou vivant et non viable.

Les prélèvements de tissus fœtaux et leur utilisation sont effectués conformément aux dispositions des L1211-1 à L1274-3 du Code de la Santé Publique, plus spécifiquement des articles L1241-1 à L1241-7, dans le respect de l'éthique médicale.

Les examens ne seront pas réalisés en cas de consentement non conforme.

Pour tout besoin d'aide dans les démarches ou question : appeler le secrétariat au 02 31 06 44 09