

Attestation du prescripteur

Je soussigné(e),

Docteur

atteste avoir vu en consultation médicale de
conseil génétique

Mme :

et avoir apporté, conformément aux dispositions
de l'article R 2131-1 du Code de la Santé
Publique, les informations sur les risques pour
l'enfant à naître d'être atteint d'une affection
d'une particulière gravité, les caractéristiques de
la maladie recherchée, les moyens de la
détecter, les possibilités éventuelles de
médecine fœtale, de traitement ou de prise en
charge de l'enfant né.

Fait à, le

Signature :**Autorisation du patient pour la recherche**

(articles L1243-3 et L1211-2)

J'autorise - Je n'autorise pas

(rayer la mention inutile)

qu'une partie des prélèvements, une fois
l'analyse terminée, soit utilisée à des fins de
recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble
des données médicales me concernant sera
protégé grâce à une anonymisation totale. En
conséquence, je suis consciente que ces études
scientifiques effectuées seront sans aucun
bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à, le

Signature :

*Cette fiche est à compléter entièrement et à joindre
au bon de demande.*

*Sans consentement, les examens ne seront pas
réalisés.*

Consentement de la femme enceinte

A la suite de la consultation médicale de conseil génétique prévue à
l'article R2131-1 du Code de la Santé Publique, je soussignée :

Mmenée le : ____/____/____

reconnais avoir reçu les informations sur les examens biologiques
susceptibles d'établir un diagnostic prénatal *in utero*, sur le type de
prélèvement et les examens biologiques effectués, les risques, les
contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique, et
avoir été informée que d'autres affections que celle recherchée
pourraient être révélées.

J'ai été informée qu'un second prélèvement pourrait être nécessaire
en cas d'échec technique.

Je consens au prélèvement de :

- ☐ liquide amniotique
- ☐ villosités chorionales
- ☐ sang fœtal
- ☐ autre

Je consens également à l'examen ou aux examens :

- ☐ examen de cytogénétique (y compris moléculaire)
- ☐ examen de génétique moléculaire
- ☐ examen de biochimie fœtale
- ☐ examen de biologie en vue du diagnostic de maladies
infectieuses.

qui peut (ou peuvent) aider au diagnostic ou à la prévention de la (ou
des) maladie(s) suivante(s) :

.....

.....

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.

Dans le cadre d'une étude en cytogénétique conventionnelle et/ou
moléculaire et/ou en biologie moléculaire, je suis informée de la
conservation éventuelle des échantillons au laboratoire pour
compléter l'étude génétique entreprise en fonction d'éventuels
progrès scientifiques sur cette maladie, et de la possibilité de
m'opposer à cette conservation en le signifiant au médecin à tout
moment.

Il m'a été précisé que le résultat de l'examen me sera rendu et
expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Fait à, le

Signature :