

UF dépistage et diagnostic néo/prénatal

Tel : 01 58 41 35 29

Courriel : secretariat.cytogene.cch@aphp.fr

Information et consentement de la femme enceinte 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)

Je soussignée ...
atteste avoir reçu du Dr ...
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 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 :

- cet (ces) examen(s) nécessite(nt) un prélèvement de liquide amniotique, de villosités chorales (placenta), de sang foetal ou tout autre prélèvement foetal ;
- 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 devrais signer un nouveau consentement écrit ;
- Il peut arriver qu'un (ou plusieurs) résultat(s) de génétique non recherché(s) soi(en)t obtenu(s) chez mon enfant sans rapport avec l'indication initiale :
 - Il est possible de mettre en évidence des variations génétiques pouvant favoriser la survenue de troubles du neuro développement, sans pouvoir connaître la fréquence d'apparition ni l'intensité des signes (chez le fœtus et/ou le couple).

Je souhaite en être informée ☐ Oui ☐ Non

- Il est possible de mettre en évidence des variations génétiques pouvant favoriser la survenue de différents types de cancers (chez le fœtus et/ou le couple). Je souhaite en être informée ☐ Oui ☐ Non

- Il est possible de mettre en évidence des variations génétiques pouvant être à l'origine de pathologies de révélation tardives (risque d'infertilité, neuropathies, néphropathies...) (chez le fœtus et/ou le couple).

Je souhaite en être informée ☐ Oui ☐ Non

Je consens au prélèvement de liquide amniotique, villosités chorales, sang foetal, ou autre prélèvement foetal nécessaire à la réalisation du ou des examens suivants :

- Analyse cytogénétique, y compris les techniques moléculaires appliquées à la cytogénétique ;
Si une ACPA est réalisée, j'ai pris connaissance de la notice d'information spécifique
- Analyse de génétique moléculaire ;
- Biochimie foetale à visée diagnostique
- Biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je consens à la conservation de toute ou partie de ce prélèvement pour un usage ultérieur

- à titre diagnostique ☐ Oui ☐ Non
- à titre de recherche après anonymisation ☐ Oui ☐ Non

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.

Date : ...

Signature de la patiente

Attestation de consultation

(Conformément à la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 – Article 20 relative à la bioéthique)

Je soussigné (e) ... (nom et prénom du prescripteur)

atteste avoir reçu en consultation ce jour,

Madame ... (nom usuel, nom de naissance et prénom de la patiente)

et lui avoir clairement expliqué en quoi consiste le test, ses modalités, avantages et limites.

Fait à ...

le ...

Signature du prescripteur