

**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**

## 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 Docteur signataire (ci-dessous),  
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 thérapeutiques.

2° Des informations sur les analyses biologiques qui m'ont été proposées en vue d'établir un diagnostic prénatal *in utero* :

- sur les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement de liquide amniotique, de villosités choriales 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 (1)
- 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,

**Je consens au prélèvement de \* :**

Liquide amniotique

Villosités choriales

Sang fœtal

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

Cytogénétique et cytogénétique moléculaire

Génétique moléculaire

Biochimie

En vue du diagnostic de maladies infectieuses

Hématologie

Immunologie

(dont analyses de biologie moléculaire)

pour laquelle ou lesquelles ce prélèvement est effectué.

\* : **cocher la mention concernée.**

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 :

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.

### Le Praticien

Dr. \_\_\_\_\_

Date et signature : \_\_\_\_\_

### La patiente

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date et signature : \_\_\_\_\_

Préleveur : Dr. \_\_\_\_\_ Terme : \_\_\_\_\_ SA Groupe Sanguin : \_\_\_\_\_

### INDICATION

- Dépistage combiné du premier trimestre
- Dépistage séquentiel intégré du deuxième trimestre
- Marqueurs sériques maternels du deuxième trimestre seuls
- Signe d'aptel échographique :                      • clarté nucale                      • hygroma kystique                      • autres, préciser :
- Age maternel  $\geq$  38 ans
- Antécédent de fœtus ou d'enfant porteur d'une anomalie chromosomique, préciser :
- Parent porteur d'une anomalie chromosomique équilibrée, préciser :
- Autres, préciser :

Joindre au consentement, en fonction de l'indication du prélèvement :

- un duplicata du résultat du dépistage combiné du 1<sup>er</sup> T ou séquentiel intégré du 2<sup>ème</sup> T ou MSM du 2<sup>ème</sup> T seul
- un duplicata du compte rendu échographique
- un duplicata des coordonnées de Sécurité Sociale de la patiente

**Laboratoire de Biologie Clinique**

**20 route de Revel – 31077 Toulouse Cedex – Tél. : 05 62 71 85 85 – Fax : 05 61 54 93 97**