

	Applicable le : 10/06/2016	Réf : LABO4324-FORM-0102	Version : 2
	Formulaire UF3240 - Information et consentement de la femme enceinte à la réalisation du prélèvement et d'examens en vue d'un diagnostic prénatal in utero		Approbateur Mylene VALDUGA

- 1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement
- 1 copie à remettre à la patiente

Arrêté du 23 juin 2009 (JO du 03/07/09)

Je soussignée,, atteste avoir reçu du
Dr 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 examens biologiques qui m'ont été proposés 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 chorales 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'examen 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.

⁽¹⁾ Ce deuxième prélèvement requiert un nouveau consentement.

Je consens au prélèvement de liquide amniotique, de sang fœtal ou de villosités chorales, ainsi qu'à l'examen ou aux examens de :

- cytogénétique y compris cytogénétique moléculaire ;
- CGHarray ;
- génétique moléculaire ;
- en vue du diagnostic de maladies infectieuses (incluant les examens de biologie moléculaire) ;
- biochimie hors marqueurs sériques maternels ;
- hématologie (incluant les examens de biologie moléculaire) ;
- immunologie (incluant les examens de biologie moléculaire)

pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué.

Cet (ou ces) examen(s) ou sera (seront) réalisé(s) au laboratoire de biologie médicale du CHU de NANCY autorisé à les pratiquer.

Le Dr conserve l'original du présent document.
Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les examens. L'établissement de santé ou le laboratoire d'examens 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.

Si une partie de mon prélèvement après examen reste inutilisé, je consens oui non à ce qu'il soit intégré dans un programme d'études scientifiques. L'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, les études scientifiques effectuées seront sans bénéfice ni préjudice pour moi.

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE DE CONSEIL GENETIQUE	
Décret n°97-579 du 28 mai 1997 paru au JO du 31 mai 1997.	
Je certifie avoir informé la patiente du risque pour son enfant d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité, des caractéristiques de cette affection, des moyens de la détecter, du risque inhérent au prélèvement fœtal nécessaire et des conséquences possibles d'un résultat anormal	
SIGNATURE DU MEDECIN	SIGNATURE DE LA FEMME ENCEINTE
Fait à....., le.....	Fait à....., le.....