



**CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL**

Docteur Hélène LAURICHESSE (Coordonnateur)

Tél : (33)04-73-750-156

Fax : (33) 04-73-750-177

Messagerie cryptée sécurisée : [cpdpn@chu-clermontferrand.mssante.fr](mailto:cpdpn@chu-clermontferrand.mssante.fr)

**Information et consentement de la femme enceinte**

à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens de biologie médicale à visée de diagnostic ou de dépistage

Nom : Madame  
Prénom : Née le :

Nom : Conjoint  
Prénom : Né le :

Je soussignée ..... atteste avoir reçu du médecin (nom, prénom).....  
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 moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités éventuelles de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né

**2° Des informations sur les examens biologiques permettant un dépistage ou destinés à établir un diagnostic prénatal in utero qui m'ont été proposés et dont je souhaite bénéficier :**

- cet (ces) examen(s) nécessite(nt) un prélèvement de sang maternel et/ou liquide amniotique, de villosités choriales (placenta), de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- 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 pour caractériser une éventuelle anomalie ou en cas d'échec technique ; dans cette circonstance, je devrai signer un nouveau consentement écrit ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- le fait que le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit m'a été précisé.

**Je consens au prélèvement** (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de :

- liquide amniotique ;  villosités choriales,  sang fœtal,  
 sang maternel,  autre prélèvement (précisez) : .....

**Je consens également à l'examen ou aux examens (\*)** pour lequel ou lesquels ce prélèvement est effectué :

- ✓ examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique pour lesquels j'ai pris connaissance de la fiche d'information spécifique (ACPA / CGH).
- ✓ examens de génétique moléculaire ;
- ✓ examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- ✓ examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

**J'autorise l'extraction d'ADN ou la conservation des cultures** pour d'éventuelles analyses complémentaires (évitant un nouveau prélèvement), si l'équipe médicale le juge nécessaire. J'en serai informée.

Cet (ou ces) examen(s) sera (seront) réalisé(s) dans un laboratoire de biologie médicale, autorisé à les pratiquer par l'agence régionale de santé.

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 du médecin

Signature de l'intéressée

Exemplaire original conservé en numérique (ou en papier) dans le dossier patient et copie remise à la patiente.

(\*) Rayez les mentions inutiles

Version Février 2016

arrêté 14/01/2015

R2131-1 et 2 CSP