



**Consultation de Génétique**

Tél : 01 42 16 13 46 / Fax : 01 42 16 13 64

**Centre de Génétique Moléculaire et Chromosomique**

Tél : 01 42 17 76 47 / Fax : 01 42 17 76 18

**CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE À LA RÉALISATION  
DU PRÉLÈVEMENT ET D'UN OU DE PLUSIEURS EXAMENS DE  
GÉNÉTIQUE OU CYTOGÉNÉTIQUE À VISÉE DE DIAGNOSTIC**

D'après arrêté du 14 janvier 2014 fixant le modèle des documents mentionnés au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique

(établi en 3 exemplaires : 1 pour l'intéressée,  
1 pour le laboratoire, 1 pour le dossier médical)

<p><b>IDENTIFICATION DE LA PATIENTE</b></p> <p>NOM : Prénom : NOM de jeune fille : Date de Naissance :</p> <p><input type="checkbox"/> mineur                      <input type="checkbox"/> majeur</p>	<p><b>IDENTITÉ du(des) TITULAIRE(S) de L'AUTORITÉ PARENTALE pour une MINEURE ou du TUTEUR LÉGAL (mineure ou majeure)(*)</b></p> <p>Père (nom, prénom) ..... , né le..... Mère (nom, prénom)..... , née le..... Autre (nom, prénom) ..... , né le..... Lien de parenté :</p>
--	---

Je(nous) soussignée(s) atteste(atteignons) 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 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 susceptibles d'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 liquide amniotique, de villosités chorales (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 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 chorales
- sang fœtal
- autre prélèvement fœtal (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
- examens de génétique moléculaire

- 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.

Fait à ....., le .....

Signature de la patiente/ des titulaires de l'autorité parentale/ du tuteur (\*)

(\*) Rayer la(les) mention(s) inutile(s)

Signature du médecin (Senior obligatoire)