



→ A renvoyer avec le prélèvement (qui ne doit être ni congelé ni centrifugé)

PATIENTE

Nom :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Téléphone :
Numéro de S.S (ou photocopie de la carte) :
Adresse Caisse de Sécurité Sociale :

MEDECINS CORRESPONDANTS :

◆ Nom :
Adresse et téléphone :
◆ Nom :
Adresse et téléphone :
◆ Nom :
Adresse et téléphone :

PRELEVEMENT :

LA

BVC

CORDON

DDR : DDG :
Date de prélèvement : Terme à ce jour : SA
Grossesse gémellaire : oui non

ANTECEDENTS DE LA PATIENTE

Numéro de la grossesse : Nombre de fausses couches :

INDICATION DU CARYOTYPE FŒTAL

- Antécédent d'enfant porteur d'une anomalie chromosomique
 oui non si oui laquelle
- Parent porteur d'une anomalie chromosomique
 oui non si oui laquelle
- Signes d'appel échographiques (joindre compte rendu)
- Signes d'appel biologiques (joindre compte rendu): MS 1^{er} trimestre MS 2^{ème} trimestre Après DPNI
- Age maternel (en l'absence de dépistage échographique et sérique)
- Autres : préciser

Réservé au laboratoire

Réception du prélèvement : Initiales :
Conformité nom dossier/nom flacon de prélèvement : oui / non
Date de péremption du flacon ok oui / non

**INFORMATION ET AU CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE À LA RÉALISATION
DU PRÉLÈVEMENT ET D'UN OU DE PLUSIEURS EXAMENS À VISÉE DE DIAGNOSTIC (En
référence à l'article R 2131-1 et R2131-2 du Code de la Santé publique)**

Arrêté du 14 janvier 2014 (JO 0013 du 16/01/2014)

Je soussignée
atteste avoir reçu, du Docteur (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 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 ;
- examens de biochimie fœtale à visée diagnostique ;
- examens de biologie en vue du diagnostic de maladies infectieuses.

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 du médecin

Signature de l'intéressée



ATTESTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

En application de l'article R2131-2 du code de la santé publique (JO 14/01/14)

je, soussigné, Dr

atteste avoir reçu en consultation, Madame

et avoir :

1) évalué le risque pour son enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, compte tenu des antécédents familiaux ou des constatations médicales effectuées au décours de la grossesse.

2) informé la femme enceinte sur les caractéristiques de cette maladie, les moyens de la détecter, les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus au cours de l'analyse ainsi que sur leurs éventuelles conséquences.

3) informé la femme enceinte sur les risques inhérents aux prélèvements, sur leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Date

Signature



EXAMENS SUR LIQUIDE AMNIOTIQUE
EN DEHORS DU CARYOTYPE

1) AFP

2) Electrophorèse

des AcétylCholineEstérase

3) Bilan Viral

CMV

Parvovirus

Autres :

4) Bilan Parasitaire

Toxoplasmose

5) Etude des Enzymes Digestives

(en cas de grossesse gémellaire)

6) Biologie Moléculaire

Nom de la maladie :

7) Autres :