



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

MEDECINS CORRESPONDANTS

NOM :PRENOM : NOM :PRENOM :
 ADRESSE : ADRESSE :
 CP : |_|_|_|_|_|_|_| Ville : CP : |_|_|_|_|_|_|_| Ville :
 TEL : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| TEL : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

PATIENT(E)

NOM : NOM DE NAISSANCE :
 PRENOM : DATE DE NAISSANCE |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|
 ADRESSE :
 CP : |_|_|_|_|_|_|_| Ville :
 TEL : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

PRELEVEMENT

NATURE DU PRELEVEMENT : LA BVC CORDON
 Date de prélèvement : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_| Grossesse gémellaire : oui non
 Date de début de grossesse : |_|_|_|/|_|_|_|/|_|_|_| Terme à ce jour : |_|_|_| SA

ANALYSES DEMANDEES :

CARYOTYPE FŒTAL **ACPA**

- Signes d'appel biologiques ≥1/50 (joindre compte rendu)
- DPNI positif (joindre compte rendu)
- Signes d'appel échographiques (joindre compte rendu)
- Parent porteur d'une anomalie chromosomique (joindre compte rendu)
- Antécédent grossesse avec une anomalie chromosomique (joindre compte rendu)
- Age maternel ≥ 38 ans (en l'absence de dépistage échographique et sérique)
- convenance personnelle
- Autre :

HYBRIDATION IN SITU (FISH)

Diagnostic rapide sur noyaux non cultivés chromosome 21 chromosomes 13,18,21,X,Y
Recherche microdéletion (à préciser) :

BIOCHIMIE FOETALE

Alpha foeto proteine Acétylcholinestérase Enzymes digestives Autre :

BILAN D'INFECTION FŒTALE

Cytomégalovirus Parvovirus Toxoplasmose Autre :

GENETIQUE MOLECULAIRE

Disomie uniparentale (préciser le chromosome) : mucoviscidose
 syndrome de prader willi X fragile Autre :

Réservé au laboratoire

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



ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE
Préalable à la réalisation des examens PRENATAUX

Je soussigné (e) Docteur en Médecine ou conseiller en génétique sous la responsabilité du Docteur....., conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, et de l'arrêté du 25 Janvier 2018, certifie avoir reçu en consultation ce jour afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement. Conformément aux bonnes pratiques définies par l'article R1131-20-5, du décret n°2013-527 du 20 juin 2013, les catégories de membres de la famille potentiellement concernées par l'information, en l'égard au lieu de parenté avec la personne et à la nature de l'anomalie recherchée, ont été listés lors de cette consultation.

CONSETEMENT POUR L'EXAMEN DE DIAGNOSTIC PRENATAL

Je soussigné(e)né(e) le
Reconnais avoir reçu les informations sur les examens des caractéristiques génétiques anténatales qui seront réalisées permettant la compréhension de cet examen et sa finalité. En cas de demande d'ACPA, Il m'a été remis une plaquette d'information spécifique.

Type de prélèvement anténatal :	<input type="checkbox"/> Liq. Amniotique	<input type="checkbox"/> Biopsie de Villosités Chorales	<input type="checkbox"/> Cordon ou placenta
Examen demandé	<input type="checkbox"/> Caryotype	<input type="checkbox"/> ACPA	<input type="checkbox"/> Autre.....

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

Je souhaite être informé du résultat de l'examen réalisé, y compris les données incidentes, sans rapport avec la pathologie suspectée
oui non

J'ai compris que si une anomalie génétique pouvant être responsable d'une prédisposition ou d'une affection grave était mise en évidence, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma/sa famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Ainsi lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre :

- Assurer moi-même cette diffusion génétique aux membres de ma/sa famille.
- Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma/sa famille.

J'autorise dans le respect du secret médical :

La transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen des caractéristiques génétiques.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dans le cadre de la démarche diagnostique, une partie de mon/son prélèvement peut ne pas être utilisée. Elle peut être importante pour la recherche scientifique. Ainsi, sans que l'on puisse me recontacter : j'autorise le stockage de mon/son prélèvement et son utilisation pour la recherche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Des informations génétiques sans lien direct avec la pathologie mais pouvant avoir un impact sur la santé ou celle d'apparentés peuvent être révélées. Je souhaite que mon/son médecin me tienne informé(e)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du Dr.....

Fait à le

Nom prénom et signature du patient ou du représentant légal
de l'enfant mineur ou majeur sous tutelle

Signature et cachet du médecin