



Information et Consentement de la Femme enceinte à la réalisation du prélèvement et d'une ou de plusieurs analyses en vue d'un diagnostic prénatal *in utero*

(en référence aux articles R. 2131-1 et R. 2131-2 du Code de la Santé Publique)

Je soussignée, Nom : Prénom :, née le :

☛ **Atteste** avoir reçu du Dr/CG* 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 détecter ;
 - aux possibilités thérapeutiques.
- 2) des informations sur les analyses biologiques en vue d'établir un diagnostic prénatal *in utero* :
 - le recours à 1 prélèvement de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal est nécessaire pour réaliser ces analyses. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de ce prélèvement m'ont été expliqués ;
 - en cas de mise en culture de cellules fœtales et d'échec de celle-ci, un deuxième prélèvement peut être nécessaire ;
 - la ou les analyse(s) peu(ven)t révéler d'autres affections que celle recherchée dans mon cas ;
 - Cette (ou ces) analyse(s) sera (seront) réalisée(s) dans un établissement public de santé ou un laboratoire d'analyses médicales autorisé à les pratiquer ;
 - le résultat d'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit ;
 - La partie non utilisée du prélèvement sera éventuellement conservée en vue d'analyses ultérieures.

☛ **Consens** au prélèvement de : liquide amniotique villosités choriales sang fœtal

Ainsi qu'à l'analyse ou aux analyses de ce prélèvement par (*rubriques cochées par le praticien*):

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Génétique chromosomique | <input type="checkbox"/> Biochimie hors marqueurs sériques maternels |
| <input type="checkbox"/> Génétique moléculaire | <input type="checkbox"/> Hématologie (incluant les analyses de biologie moléculaire) |
| <input type="checkbox"/> Diagnostic de maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> Immunologie (incluant les analyses de biologie moléculaire) |

☛ **Consens** à la présentation de mon dossier au centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal si les résultats de ces examens et/ou l'évolution de la grossesse le justifie.

☛ **J'ai été informée** du fait que le centre conservera une copie de l'ensemble de mon dossier qui sera informatisé le cas échéant

☛ **Je donne mon accord** **Je m'oppose**

à ce qu'une **partie du prélèvement**, inutilisée et présentant un grand intérêt pour la réalisation d'études scientifiques, soit **mise à la disposition de la communauté scientifique**.

Les programmes de recherche développés visent à élucider les mécanismes d'apparition de certaines maladies pour aider à leur diagnostic, leur prévention et /ou la mise au point de nouveaux traitements. Ces programmes de recherche peuvent être développés sur le site du centre Hospitalier Universitaire de Nice en partenariat avec d'autres structures spécialisées en France ou à l'Étranger.

L'ensemble des données médicales concernant votre fœtus est protégé grâce à une anonymisation totale des prélèvements comme cela est obligatoire pour toute recherche scientifique. Il s'agit dans ce cas de recherche sans bénéfice direct pour votre famille.

Date :/...../.....

Signature et tampon du praticien :

Signature de l'intéressée :