

Prélèvement en vue d'un Diagnostic Prénatal in utero

Laboratoire INOVIE CBM 54 chemin de Ribaute 31130 QUINT FONSEGRIVES

Laboratoire agréé Tél : 05 61 34 72 77 ou 05 61 34 72 60 Fax : 05 61 34 72 78

Responsables : Dr Philippe DE MAS Dr Romain MOLIGNIER

MEDECIN PRESCRIPTEUR

N° ADELI :

Nom :

Adresse / Tél :

PATIENTE

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Adresse :

Tél : Date de naissance :/...../.....

N° sécurité sociale / Mutuelle :

Groupe Sanguin : Conjoint :

PRELEVEMENT

PRELEVEUR: Dr :

Date du prélèvement : Heure :

Date de réception : Heure :

DDG : Terme de la grossesse : SA

☐ Trophoblaste ☐ Liquide Amniotique ☐ Sang Fœtal

ANALYSES

☐ CARYOTYPE

☐ FISH

☐ CHS 13, 21

☐ CHS 13, 18, 21, X, Y

☐ Locus 22q11.2

☐ autre :

☐ ACPA (puce à ADN)

☐ GENETIQUE MOLECULAIRE
(maladie génique)préciser :

☐ CONSERVATION d'ADN

☐ Autre, préciser :

Joindre une prescription

INDICATIONS

☐ Age maternel $\geq$ 38 ans et absence de dépistage

☐ Dépistage T21 par les marqueurs sériques maternels $\geq$ 1/50

CN : LCC :

Risque : HCG : MoM

PAPP-A: MoM

AFP : MoM

☐ DPNI positif: T21

☐ Echec du DPNI

☐ Signes d'appel échographique
Préciser :

☐ ATCD de fœtus ou d'enfant porteur d'une anomalie chromosomique :

☐ Parent porteur d'une anomalie chromosomique équilibrée :

☐ Parents hétérozygotes

☐ Mère vectrice

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ECLAIRE

Information et consentement de la femme enceinte à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic (Arrêté du 14 janvier 2014, articles R.2131-1 et R.2131-2 du code de la santé publique).

Je soussignée, la patiente, atteste avoir reçu du Médecin signataire (ci-dessous), au cours d'une consultation médicale en date du (ci-dessous):

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 de :

☐ Liquide amniotique

☐ Villosités chorales

☐ Sang fœtal

☐ autre prélèvement fœtal (précisez)

Je consens également à l'examen ou aux examens:

☐ Cytogénétique et examens moléculaires appliqués à la cytogénétique

☐ Génétique moléculaire

☐ Biochimie fœtale à visée diagnostique

☐ Diagnostic de maladies infectieuses

Ce (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 praticien :

Signature de la patiente :

JOINDRE AU CONSENTEMENT SELON L'INDICATION

☐ un duplicata du résultat du dépistage combiné du 1^{er} T ou séquentiel intégré du 2^{ème} T ou marqueurs seuls du 2^{ème} T

☐ un duplicata du compte rendu échographique

☐ +/- un duplicata des coordonnées de Sécurité Sociale de la patiente