

Je soussignée **née le** _____, atteste avoir reçu du praticien _____, 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 foetale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né ;

2) Des informations sur les examens biologiques et/ou génétiques 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 foetal ou tout autre prélèvement foetal ;
- 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 ;
- le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit, en fonction des signes d'appel échographiques au moment du prélèvement.
- Le médecin pourra également me rendre d'éventuels résultats n'expliquant pas les signes échographiques mais pour lesquels il existe un bénéfice établi pour le suivi ou le conseil génétique, ou l'implication dans une pathologie grave est démontrée.

3) Des informations sur la possibilité que certains résultats mis en évidence par l'analyse et ne me soient pas transmis, notamment :

- D'éventuelles variations n'ayant pas fait la preuve formelle de leur implication en pathologie dans l'état actuel des connaissances et pour lesquelles aucune technique diagnostique complémentaire n'est disponible dans le temps imparti de la grossesse pour avancer dans sa signification (variant de signification inconnue).
- D'éventuelles variations dont les conséquences cliniques prévisibles ne sont pas clairement établies chez les sujets porteurs (variant de pénétrance incomplète et expressivité variable).
- D'éventuelles variations impliquées dans des gènes cités dans la liste ACMG des gènes actionnables (gènes de prédisposition à des cancers ou maladies cardio-vasculaire).

Je consens au prélèvement (nécessaire à la réalisation du ou des examens) de :

- liquide amniotique ;
- villosités chorales ;
- sang foetal ;
- autre prélèvement foetal (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 foetale 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 praticien

Dr

Signature de l'intéressée