ORIGINAL À CONSERVER PAR LE MÉDECIN

eurofins | Biomnis

Information et Consentement...

1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement / 1 copie à conserver dans le dossier médical

PRENATAL

...de la femme enceinte

à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic prénatal *in utero* (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).

Je soussignée .....

▸ **atteste avoir avoir reçu, du médecin *(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 choriales (placenta),de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaquetechnique 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 choriales ;
- 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.

(*) Rayez la mention inutile.

Date : |__|__|__|__|__|__|

POST-NATAL

...en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(en référence au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné, ... **Docteur en Médecine,**

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique,

▸ Certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) 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.

Fait à ..... le : |__|__|__|__|__|__|

Signature en bas du document

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS

Je soussigné *(nom du père)* .....

né le |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, demeurant à :

.....

Je soussignée *(nom de la mère)* .....

né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, demeurant à :

.....

▸ Reconnais avoir reçu par le Dr ..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- ☐ d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
- ☐ d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

▸ Pour cela, je consens au prélèvement qui sera effectué chez moi.

▸ Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Docteur sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

▸ Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- ☐ je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient(e) que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à ..... le : |__|__|__|__|__|__|

Signature du médecin	Signature de la mère	Signature du père

EXEMPLAIRE À TRANSMETTRE AU LABORATOIRE

eurofins | Biomnis

Information et Consentement...

1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement / 1 copie à conserver dans le dossier médical

PRENATAL

...de la femme enceinte

à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic prénatal *in utero* (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).

Je soussignée .....

▸ **atteste avoir avoir reçu, du médecin *(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 choriales (placenta),de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaquetechnique 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 choriales ;
- 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.

(*) Rayez la mention inutile.

Date : |__|__|__|__|__|__|

POST-NATAL

...en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(en référence au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné, ... **Docteur en Médecine,**

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique,

▸ Certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) 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.

Fait à ..... le : |__|__|__|__|__|__|

Signature en bas du document

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS

Je soussigné *(nom du père)* .....

né le |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, demeurant à :

.....

Je soussignée *(nom de la mère)* .....

né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, demeurant à :

.....

▸ Reconnais avoir reçu par le Dr ..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- ☐ d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
- ☐ d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

▸ Pour cela, je consens au prélèvement qui sera effectué chez moi.

▸ Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Docteur sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

▸ Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- ☐ je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient(e) que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à ..... le : |__|__|__|__|__|__|

Signature du médecin	Signature de la mère	Signature du père

EXEMPLAIRE À CONSERVER PAR LA PATIENTE

eurofins | Biomnis

Information et Consentement...

1 copie à envoyer au laboratoire avec le prélèvement / 1 copie à conserver dans le dossier médical

PRENATAL

...de la femme enceinte

à la réalisation du prélèvement et d'un ou de plusieurs examens à visée de diagnostic prénatal *in utero* (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).

Je soussignée .....

▸ **atteste avoir avoir reçu, du médecin *(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 choriales (placenta),de sang fœtal ou tout autre prélèvement fœtal ;
- les modalités de réalisation, les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaquetechnique 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 choriales ;
- 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.

(*) Rayez la mention inutile.

Date : |__|__|__|__|__|__|

POST-NATAL

...en vue d'un examen des caractéristiques génétiques d'une personne

(en référence au décret n° 2008-321 du 4 avril 2008 - arrêté du 27 mai 2013)

Préalable à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques d'une personne et de son identification par empreintes génétiques à des fins médicales

ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE

Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique

Je soussigné, ... **Docteur en Médecine,**

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique,

▸ Certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patient(e) sous-nommé(e) 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.

Fait à ..... le : |__|__|__|__|__|__|

Signature en bas du document

CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS

Je soussigné *(nom du père)* .....

né le |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, demeurant à :

.....

Je soussignée *(nom de la mère)* .....

né(e) le |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, demeurant à :

.....

▸ Reconnais avoir reçu par le Dr ..... les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- ☐ de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ;
- ☐ d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
- ☐ d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

▸ Pour cela, je consens au prélèvement qui sera effectué chez moi.

▸ Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Docteur sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

▸ Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen,

- ☐ je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient(e) que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à ..... le : |__|__|__|__|__|__|

Signature du médecin	Signature de la mère	Signature du père