



EXEMPLAIRE DESTINE A ETRE SIGNE PAR LA PATIENTE ET CONSERVÉ PAR LE MEDECIN QUI EN REMET UNE COPIE A LA PATIENTE

Infection recherchée :
 Toxoplasmose Parvovirus B19 CMV Autres (à préciser) _____

Je certifie avoir informé Madame _____

- du risque pour son enfant à naître d'être atteint d'une infection congénitale
- des caractéristiques de cette affection, des moyens de la détecter, des possibilités thérapeutiques, et des résultats susceptibles d'être obtenus au cours de l'analyse prescrite
- des moyens inhérents aux prélèvements, leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Signature et cachet du Médecin

Date et signature de la femme enceinte

Consentement à la réalisation d'une analyse en vue du diagnostic prénatal d'une maladie infectieuse

Après la consultation médicale prévue à l'article R. 162-16-7 du code de Santé Publique, je soussignée, _____, déclare avoir reçu les informations suivantes :

- L'analyse qui m'est proposée en vue d'établir un diagnostic prénatal d'infection congénitale rend nécessaire un prélèvement de liquide amniotique
- Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratiquer par le Ministre chargé de la Santé
- Un échec de la technique employée est possible
- Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit
- La négativité de la recherche ne permet pas d'exclure totalement le diagnostic de l'infection congénitale. Des examens doivent être réalisés à la naissance et pendant les premiers mois de vie de l'enfant pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse en vue du diagnostic de l'infection congénitale pour laquelle il est prescrit.

Date

Signature de l'intéressée



EXEMPLAIRE DESTINE A ETRE SIGNE PAR LA PATIENTE, LE MEDECIN ET TRANSMIS AU LABORATOIRE

Cachet du médecin

Service demandeur

Patiente :

Nom de jeune fille _____ Date de début de grossesse __/__/__

Nom marital _____ Nombre de semaines d'aménorrhée : __

Prénom _____

Date de naissance _____

Nature du prélèvement :

Infection recherchée : Toxoplasmose Parvovirus B19 CMV Autres (à préciser)

Je certifie avoir informé Madame _____

- du risque pour son enfant à naître d'être atteint d'une infection congénitale
- des caractéristiques de cette affection, des moyens de la détecter, des possibilités thérapeutiques, et des résultats susceptibles d'être obtenus au cours de l'analyse prescrite
- des moyens inhérents aux prélèvements, leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Signature du Médecin

Date et signature de la femme enceinte

Consentement à la réalisation d'une analyse en vue du diagnostic prénatal d'une maladie infectieuse

Après la consultation médicale prévue à l'article R. 162-16-7 du code de Santé Publique, je soussignée, _____, déclare avoir reçu les informations suivantes :

- L'analyse qui m'est proposée en vue d'établir un diagnostic prénatal d'infection congénitale rend nécessaire un prélèvement de liquide amniotique
- Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratiquer par le Ministre chargé de la Santé
- Un échec de la technique employée est possible
- Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit
- La négativité de la recherche ne permet pas d'exclure totalement le diagnostic de l'infection congénitale. Des examens doivent être réalisés à la naissance et pendant les premiers mois de vie de l'enfant pour confirmer ou infirmer le diagnostic.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse en vue du diagnostic de l'infection congénitale pour laquelle il est prescrit.

Date

Signature de l'intéressée