CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON BOURGOGNE

Laboratoire de Biologie et Pathologie

Plateau Technique de Biologie - 2 rue Angélique Ducoudray

B.P. 37013 - 21070 DIJON CEDEX

Génétique Chromosomique et Moléculaire	Parasitologie-Mycologie	Biochimie Spécialisée
Pr Patrick CALLIER	Pr Frédéric DALLE	Pr Laurence DUVILLARD
Tél : 03.80.29.34.89	Tél : 03.80.29.35.23	Tél : 03.80.29.57.10
Fax : 03.80.29.35.66	Fax : 03.80.29.32.80	Fax : 03.80.29.38.36

DIAGNOSTIC PRENATAL

Identification de la patiente :

NOM : **NOM de jeune fille :**

Prénom : **Date de naissance :**

Adresse :

Etiquette Identification Patient

N° de tél :
N° de Sécurité Sociale :
N° de Centre et adresse de ce centre :
(Joindre photocopie carte Assuré Social)

Médecin prescripteur : _____

❒ CHU Dijon ❒ Extérieur : _____

Médecin ponctionneur : _____

❒ CHU Dijon ❒ Extérieur : _____

Cachet Identification Etablissement Demandeur

Si jumeaux : deux demandes et deux sachets distincts.

Date de prélèvement : ____/____/____

Commentaire si problème prélèvement :

Nature du prélèvement :

❒ villosités choriales ou trophoblaste

❒ Liquide amniotique

→ Vol.min. : 20 ml dans 2 flacons + identification des flacons sur tranche par étiquette

❒ Sang de cordon ou sang fœtal

→ Tube vert foncé sans gel séparateur (héparinate de Li^{2+})

Semaines d'aménorrhées (S.A.) : ___ semaines ___ jours

Date de début de grossesse : _____

Interruption médicale de grossesse (I.M.G.) : ❒ Oui ❒ Non

Indications :

□ Anomalie chromosomique parentale : _____

□ Antécédent anomalie chromosomique dans la fratrie : _____

□ Signes d'appel échographique (S.A.E.) :_____

□ Dépistage combiné du premier trimestre >1/250

□ Dépistage séquentiel intégré du second trimestre >1/250

□ Dépistage par marqueurs sériques du second trimestre uniquement >1/250

□ Age maternel, en l'absence de dépistage (à justifier sur l'entente préalable)

□ Sans motif médical (convenance)

□ Maladie génique : _____

□ Séroconversion toxoplasmique

Rapport : 1/

Grossesses précédentes :

Demande d'examens prénatals :

❒ Caryotype prénatal ❒ C.G.H. Array

F.I.S.H. : ❒ Aneuscore (diagnostic rapide des aneuploïdies 13, 18, 21, X, Y)

❒ 22q11.2 (Digeorge) ❒ tétrasomie 12p ❒ Autre : _____

❒ Congélation de liquide en vue d'une éventuelle exploration ultérieure

❒ Culture cellulaire de garde ❒ Envoi extérieur. Adresse de l'envoi :

DIAGNOSTIC PRENATAL BIOCHIMIE SPECIALISEE

❒ DFTN ❒ Beta-2 microglobuline sg de cordon ❒ Biochimie fœtale : précisez

DIAGNOSTIC PRENATAL PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE

❒ Diagnostic Prénatal des Maladies Infectieuses (Toxoplasmose)

Des justificatifs (comptes-rendus échographique, résultats marqueurs) doivent être envoyés en même temps que les prélèvements et l'entente préalable pour toutes les indications relevant d'un remboursement CPAM ou autres caisses.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON BOURGOGNE

Laboratoire de Biologie et Pathologie

Plateau Technique de Biologie - 2 rue Angélique Ducoudray

B.P. 37013 - 21070 DIJON CEDEX

Génétique Chromosomique et Moléculaire

Tél : +33(3) 80 29 34 89 et Fax : +33(3) 80 29 35 66

CONSENTEMENT DE LA FEMME ENCEINTE À LA RÉALISATION DU PRÉLÈVEMENT ET D'UN OU DE PLUSIEURS EXAMENS À VISÉE DE DIAGNOSTIC

(en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique)

Je soussignée .....

atteste 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 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 (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.

Date : .....

Signature du médecin ***Signature de l'intéressée***

(*) Rayez les mentions inutiles.