



**Plateforme de Biologie
Hospitalo-universitaire**

*Service de microbiologie
et agents transmissibles*

2 rue Angélique Ducoudray
BP 37013
21070 DIJON Cedex
Tél : 03.80.29.33.01
Fax : 03.80.29.32.80

Pr. F. DALLE
*Chef de Service
PU-PH*
Tél : 03.80.29.50.14

Dr. C. AUVRAY
Praticien Hospitalier
Tél : 03.80.29.36.40

Dr. S. VALOT
Praticien Hospitalier
Tél : 03.80.29.36.10

Pr A. de ROUGEMONT
PU-PH
Tél : 03.80.29.31.70

CONSENTEMENT à la REALISATION d'un DIAGNOSTIC PRENATAL IN UTERO de MALADIES INFECTIEUSES

Après la consultation médicale prévue à l'article R. 162-16-7 du code de la santé publique, je soussignée,, déclare avoir reçu l'information suivante :

* L'analyse qui m'est proposée en vue d'établir un diagnostic prénatal de maladies infectieuses rend nécessaire un prélèvement de liquide amniotique dont m'a été expliqué le risque ;

* Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratiquer par le Ministère chargé de la santé (N° d'autorisation : 21-66 – Agrément ministériel pour le diagnostic anténatal);

* Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à la recherche d'agent infectieux pour laquelle il est effectué.

A,

Le.....20.....

Signature de l'intéressée