

Attestation de consultation et consentement de la femme enceinte à la réalisation du test ADNic (DPNI)

ATTESTATION DE CONSULTATION PREALABLE à un examen biologique prénatal

Je soussigné(e), Dr certifie avoir reçu en consultation le
Madame..... née le et conformément à l'article R21.31.2 du code de la santé publique avoir apporté une information claire et adaptée, sur les objectifs, les performances, les limites techniques, les indications, les contre-indications, les résultats susceptibles d'être obtenus, les possibilités de prise en charge, le risque d'absence de résultat et le caractère non obligatoire de l'examen génétique portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel.

Fait à le

Signature du médecin

CONSENTEMENT de la femme enceinte À LA RÉALISATION DU TEST ADNic

(article R2131-1 du CSP, décret n°2006-1660 et 2006-1661 du 22 décembre 2006-JO du 23 décembre 2006, Arrêté du 14 décembre 2018)

Je soussignée, Madame Atteste avoir reçu du Dr/ de la sage-femme/ du conseiller en génétique (*barrer mentions inutiles*) (Nom Prénom) au cours d'une consultation en date du des informations sur l'examen portant sur l'ADN foetal circulant dans le sang maternel dont je souhaite bénéficier et notamment sur :

- les caractéristiques de la trisomie 21 et les modalités de prise en charge des personnes atteintes de la maladie
- le fait que l'analyse qui m'est proposée n'est pas obligatoire
- le fait que l'analyse a pour but de préciser le risque (ou la forte probabilité) que le fœtus soit atteint de trisomies 21, 13 ou 18 (par la mise en évidence d'une quantité anormalement élevée d'ADN provenant de ces chromosomes). Si le résultat est positif, la présence d'une trisomie chez le fœtus est probable mais pas certaine ; seul le caryotype foetal permettra de confirmer ou non l'existence de la trisomie (ce qui nécessitera un prélèvement de préférence par Ponction de liquide Amniotique). Si le résultat est négatif, la probabilité que le fœtus soit atteint de trisomie est très faible mais pas totalement nulle ; la surveillance, notamment échographique de la grossesse doit alors rester inchangée
- le fait qu'une prise de sang sera effectuée et l'examen élaboré par un laboratoire autorisé par l'Agence Régionale de Santé.

D'autres anomalies chromosomiques rares peuvent être identifiées (autres aneuploïdies, microdélétions, microduplications) : **OUI je désire faire cette analyse complémentaire**

Il m'a été expliqué :

- que le résultat me sera rendu et commenté par le prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du diagnostic prénatal
- que parfois en cas d'échec technique sur la première prise de sang, une seconde est proposée afin de refaire le test en sachant que d'autres options sont possibles si je ne souhaite pas un deuxième examen portant sur l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel.

Je consens au prélèvement de sang total ainsi qu'à la réalisation de cet examen qui sera effectué par le laboratoire du service de génétique du CHU de Toulouse autorisé par l'ARS de HG pour les activités de diagnostic prénatal cytogénétique et moléculaire.

Je consens également à la conservation de tout ou partie des échantillons biologiques et/ou au stockage de l'ADN en vue d'étude biologique ou scientifique, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées

En cas de refus merci de cocher cette case

J'ai reçu une copie du présent document dont l'original sera conservé dans mon dossier médical ainsi qu'une plaquette d'information

Fait à Le

Signature de la patiente