

DIAGNOSTIC PRENATAL : EXAMENS DE GENETIQUE MOLECULAIRE

Laboratoire de génétique des maladies rares et auto-inflammatoires

<https://umai-montpellier.fr/dpn.php>

Tel : 04 67 33 58 57 / fax : 04 67 33 68 68

PRÉ-REQUIS OBLIGATOIRES

Merci de contacter le laboratoire préalablement à toute demande de DPN

- Prescription médicale et indication du DPN (page 1)
- Attestation de consultation signée par le médecin (page 2)
- Consentement signé par femme enceinte ou son représentant légal (page 2)
- Identité du médecin préleveur de l'échantillon anténatal, date et heure du prélèvement (page 3)

1- PRESCRIPTION MÉDICALE

MÉDECIN PRESCRIPTEUR (doit être titulaire)

Nom : Prénom :

Tel : Fax :

Email :

Adresse.....

.....

*Adresse complète ou
Cachet*

SUJET PRELEVÉ

Nom : Sexe : M F

Prénom :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

Étiquette patient

INDICATION DU DPN

.....

Date de la concertation pluridisciplinaire de DPN* : ___/___/___

* Joindre le compte rendu du CPDPN le cas échéant

Gène à analyser :

Nom de la mutation* :

* Joindre une copie du compte rendu de l'examen moléculaire ayant identifié la mutation causale chez le cas index et joindre l'arbre généalogique

INFORMATION SUR LA GROSSESSE EN COURS

DDR : ___/___/___ et/ou DDG: ___/___/___

Gémellité : Oui Non

Signes d'appel échographiques pathologiques* : Oui Non

* Joindre le(s) compte(s) rendu(s) d'échographie

Date : ___/___/___

Signature :

2 - ATTESTATION DE CONSULTATION DU MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus nommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la détecter, les possibilités de prévention et de soins, le stockage de son prélèvement, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (Article R1131 Modifié par Décret n°2023-1426 du 30 décembre 2023)

Date :
Signature et cachet du médecin :

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

IDENTIFICATION de la PATIENTE (étiquette ou noms, prénom et date de naissance)	IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si différent) NOM : _____ Prénom : _____ Lien avec le patient : _____
---	---

Je soussignée (voir ci-dessus) atteste avoir reçu, du Dr.....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 chorales (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 chorales ;
- 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.

J'autorise le traitement informatisé des données collectées à l'occasion de cet examen au CHU de Montpellier. oui non
Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je pourrais exercer par courrier ou email mes droits d'accès, de rectification et d'opposition, d'effacement et de portabilité auprès du médecin en charge de mon dossier médical.

Fait à	Le
Nom, prénom et signature de la femme enceinte ou de son représentant légal : 	

3- PRÉLEVEMENT ANTENATAL

SUJET PRELEVÉ

Nom : Sexe : M F

Prénom :

Date de naissance : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Étiquette patient

IDENTITÉ DU MEDECIN PRÉLEVEUR

Nom : Prénom :

Tel : Fax :

Email :

Adresse.....

.....

*Adresse complète ou
Cachet*

Date du prélèvement : ___/___/_____

Heure du prélèvement : _____

Nature de l'échantillon :

	Natif	Cultivé	ADN
Villosités Chorales triées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquide Amniotique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang Fœtal	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

LABORATOIRE garantissant la culture de sauvegarde et/ou l'extraction ADN :

Nom du laboratoire :

Adresse :

Tel : Fax :

Biologiste responsable :

Conformité du prélèvement : Oui

Non, préciser :

Identitovigilance

Matériel hémorragique

Quantité insuffisante

Présence de caduque

Autre : _____