FICHE DE PRESCRIPTION MÉDICALE

ATTESTATION DE CONSULTATION / CONSENTEMENT

DÉTERMINATION PRÉNATALE DU SEXE FŒTAL A PARTIR DU SANG MATERNEL

Compléter et signer impérativement l'attestation de consultation et le consentement (ci-après)

Laboratoire Cerba
Service de la Relation Client
Tél. : +33 (0)1 34 40 20 20
Fax : +33 (0)1 34 40 21 29
Email : src@lab-cerba.com

LABORATOIRE PRÉLEVEUR ET PRÉLÈVEMENT

N° Client: |_|_|_|_|_| / |_| **Date de prélèvement** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| **Heure de prélèvement** |_|_| **h** |_|_|

PATIENT(E)

NOM .....

PRÉNOM .....

Nom de naissance.....

Adresse .....

CP ..... Ville .....

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

PRESCRIPTEUR

Numéro RPPS (obligatoire) : .....

Cachet obligatoire

Adresse e-mail : .....

Signature :

GROSSESSE ACTUELLE

Date des dernières règles |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Date de début de grossesse |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

☐ Grossesse mono-foetale ☐ Grossesse multiple

Un diagnostic prénatal par geste invasif est-il prévu ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, à quelle date |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

INDICATION DE L'EXAMEN

☐ Maladie génétique récessive liée à l'X (RLX), précisez .....

☐ Maladie génétique dominante liée à l'X (DLX), précisez .....

☐ Hyperplasie congénitale des surrénales (couple à risque)

☐ Anomalie chromosomique impliquant l'X, précisez .....

☐ Anomalie des organes génitaux externes à l'échographie

☐ Discordance sexe échographique vs sexe chromosomique

☐ Suspicion de maladie génétique (non identifiée) récessive liée à l'X (RLX), précisez .....

☐ Autre, précisez.....

INFORMATION A LA PATIENTE, ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE ET CONSENTEMENT

Je soussigné.e, Dr/Pr.....ou Mme/M.....conseiller.ère en génétique sous la responsabilité du Dr/Pr....., certifie avoir reçu en consultation ce jour, Madame *(nom, prénom, date de naissance)* ..... afin de lui apporter les informations suivantes :

La détermination du sexe de votre fœtus est utile à la prise en charge de votre grossesse notamment si vous envisagez d'avoir recours à un diagnostic prénatal précoce. Pour cela, il existe plusieurs alternatives :

- L'échographie fœtale permet de connaître le sexe du foetus mais elle ne peut être réalisée pour être fiable au mieux qu'à partir de la 14ème semaine d'aménorrhée ce qui n'est pas compatible avec un diagnostic prénatal précoce.
- Un prélèvement de tissu fœtal permet d'établir le sexe chromosomique du fœtus (caryotype fœtal). Ce prélèvement peut être réalisé dès la 11ème semaine d'aménorrhée (biopsie de villosités choriales) ou plus tardivement (liquide amniotique par amniocentèse) à partir de la 14ème semaine. Ces gestes invasifs comportent cependant des risques notamment de perte fœtal (environ 1 à 2%).

Afin de connaître précocement (avant la 14ème semaine d'aménorrhée) le sexe de votre fœtus tout en évitant d'avoir recours à un geste invasif, il vous est proposé de déterminer son sexe par analyse génétique de l'ADN fœtal qui circule dans votre sang. Ce test peut aussi être utile en cas de difficultés d'interprétation de l'échographie fœtale. Il s'agit d'une simple prise de sang qui ne présente aucun risque pour votre fœtus.

Je soussignée, Madame *(nom, prénom, date de naissance)* .....

- Consens au prélèvement et à la réalisation de cet examen de génétique moléculaire qui sera effectué par un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'Agence Régionale de Santé à le pratiquer. Il s'agit d'une simple prise de sang qui ne présente aucun risque pour mon fœtus.

Le résultat de cet examen me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur (ou par délégation au.à la conseiller.ère en génétique) en l'état actuel des connaissances dans le cadre d'une consultation de génétique. 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'ai eu la possibilité de poser toutes les questions que je souhaitais au médecin généticien ou conseiller en génétique qui m'a prescrit cet examen et j'en ai eu des réponses complètes et adéquates.

Fait à ....., **le** .....

SIGNATURE DE LA PATIENTE	SIGNATURE du(des) REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)	SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR
Nom, Prénom, Date de Naissance	*Nom, Prénom, Date de Naissance* .... Lien avec la patiente (Si patiente mineure ou majeure sous tutelle) :	*Nom, Prénom*
Signature	Signature(s)	Signature

Le Laboratoire Cerba est amené, en qualité de responsable du traitement, à traiter vos données personnelles renseignées dans le présent formulaire, pour réaliser les examens, les interpréter, transmettre les résultats et pour la gestion administrative du laboratoire. Si vous êtes patient, vos données peuvent ensuite être réutilisées aux fins de leur anonymisation pour besoins de recherches scientifiques, contrôles qualité, études statistiques ou enquête de satisfaction. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données personnelles, vos droits et les projets de recherche menés à partir de vos données, rendez-vous sur le site www.lab-cerba.com, onglets « Données Personnelles » et « Projets de recherche ». Pour exercer vos droits d'opposition, contactez notre RPD à : rpd.cerba@labcerba.com / CERBA–RPD – ZAC DES EPINEAUX 10-12 Avenue ROLAND MORENO CS 51312 95740 FREPILLON. / Si vous êtes patient, conformément à la réglementation applicable, une fois vos examens réalisés, les résidus de vos prélèvements seront éliminés. Ils pourront néanmoins être conservés afin d'être réutilisés à des fins de recherches scientifiques ou de contrôles qualité, directement ou après transfert à des tiers, dans le strict respect du secret médical. Vous pouvez vous opposer à une telle utilisation, sur simple demande formulée auprès de notre RPD (cf. coordonnées ci-dessus)