

Je soussignée atteste avoir reçu, du médecin, de la sage-femme ou du conseiller en génétique sous la responsabilité du médecin généticien (*) (nom, prénom) au cours d'une consultation en date du ____ / ____ / ____ des informations sur l'examen portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel dont je souhaite bénéficier portant notamment sur :

- les caractéristiques des trisomies 13, 18 et 21 ainsi les modalités de prise en charge des personnes porteuses de ces affections ;
- le fait que cet examen a pour but de préciser le risque que le fœtus soit atteint de trisomie 13, 18 ou 21 mais que seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence d'une trisomie 13, 18 ou 21 ;
- le fait qu'une prise de sang sera réalisée.

Il m'a été expliqué que :

- si l'ADN provenant du chromosome 13, 18 ou 21 est présent en quantité anormalement élevée, cela signifie qu'il existe une forte probabilité que le fœtus soit atteint de trisomie 13, 18 ou 21 ;
- le résultat est soit positif soit négatif, mais il ne permet pas à lui seul d'établir le diagnostic de trisomie 13, 18 ou 21 ;
- le résultat me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal :
 - . si le résultat est négatif, cela signifie que cet examen n'a pas décelé d'anomalie. Dans cette situation la possibilité que le fœtus soit atteint de trisomie 13, 18 ou 21 est très faible mais pas totalement nulle ;
 - . si le résultat est positif, la présence d'une trisomie 13, 18 ou 21 chez le fœtus est très probable mais pas certaine. Un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal) me sera alors proposé afin d'établir le caryotype du fœtus pour confirmer (ou infirmer) le résultat du dépistage à partir de la prise de sang ;
- parfois, en cas d'échec technique sur la première prise de sang, une seconde me sera proposée pour recommencer l'examen portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel ;
- dans de rares cas, l'examen de l'ADN fœtal libre dans le sang maternel ne donnera pas de résultat et le praticien me présentera les options possibles.

Je consens à la réalisation de l'examen portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

Cet examen peut éventuellement révéler d'autres anomalies chromosomiques que les trisomie 13, 18 ou 21. Je peux décider d'en être informée si elles comportent un bénéfice direct, **dans l'état actuel des connaissances**, susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse.

En cas de suspicion d'une telle anomalie chromosomique, **je souhaite en être informée** : ☐ Oui ☐ Non

Je consens à ce que la partie de mon prélèvement restant non utilisée après ce test, soit utilisée ultérieurement et de manière anonyme pour la recherche médicale et scientifique : ☐ Oui ☐ Non

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 l'examen. Le laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé dans lequel exerce le praticien ayant effectué l'examen conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Fait à, le

Signature du médecin / de la sage-femme
ou du conseiller en génétique

Signature de l'intéressée