

Tampon service prescripteur

Destinataire

*Etiquette mère ou parent 1 ou
responsable légal (si fœtus)
ou
Etiquette enfant (si enfant né vivant)*

CONSENTEMENT PARENTAL D'EXAMEN POST MORTEM DE FŒTUS OU DE NOUVEAU-NE

Je (Nous) soussigné(s) :

- Mère ou Parent 1 (responsable légal) (Nom, prénom, DDN) :

- Père ou Parent 2 (Nom, prénom, DDN) :

Autorise (ons) l'hôpital, **dans le respect du secret médical, à pratiquer sur le corps de mon (notre) enfant mort-né ou décédé après la naissance :**

Entourez votre choix :

Des examens à visée diagnostique (permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont mon enfant était atteint) incluant :		
• un examen clinique externe avec réalisation de photographies et radiographies	OUI	NON
• un examen interne/ autopsie complète avec réalisation et conservation de prélèvements à visée diagnostique (examens histologique, biologique, biochimique)	OUI	NON
• des prélèvements pour examen génétique (caryotype et/ou étude en biologie moléculaire). En cas de refus d'examen interne/autopsie complète, des prélèvements superficiels peuvent être réalisés (peau, muscle) ou à défaut sur le placenta.	OUI	NON
La conservation de prélèvements en vue d'éventuelle(s) recherche(s) scientifique(s) afin d'améliorer les connaissances sur le développement embryo-fœtal normal et/ou pathologique. Ils ne modifient en rien la procédure diagnostique.	OUI	NON

Date :

Signature de la mère ou Parent 1 (obligatoire) :

Signature du Parent 2 (facultative*) :

** L'autorisation doit être obligatoirement donnée par les 2 parents lorsque l'enfant est né vivant et viable.*

Attestation d'information à remplir par le personnel médical :

Je certifie avoir informé les représentants légaux sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement, 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 (articles R1131-4 et 5).

Informations données au(x) parent(s) le :

par : (Médecin, sage-femme, conseiller en génétique)

Signature et cachet :

Ce document ne constitue pas un simple formulaire. Il doit être complété à l'issue d'un entretien avec l'équipe hospitalière, permettant aux parents de recevoir les informations appropriées quant à la nature, les buts et les modalités de l'autopsie et pouvoir poser les questions qu'ils jugent nécessaires. En cas de besoin de l'équipe hospitalière ou des parents, l'équipe de fœtopathologie reste disponible.

Tournez SVP

Données nominatives :

Les données nominatives et l'imagerie (photographies, radiographies, scanner, IRM...) utiles à la gestion de la démarche diagnostique sont conservées dans les outils de gestion institutionnels, des bases de données informatiques déclarées à la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) comme BaMaRa (notice d'information : <http://www.bndmr.fr/informations-legales/>).

Les données anonymisées et l'imagerie peuvent être utilisées à des fins statistiques ou dans le cadre de travaux médico-scientifiques, sur le principe de non-opposition.

Le dossier peut être discuté lors de Réunions de Concertation Pluridisciplinaires locales ou nationales afin d'avancer dans le diagnostic ou le partage des connaissances.

Merci de signaler toute opposition au secrétariat du service de fœtopathologie de l'hôpital au (téléphone) :

Une plaquette d'information et une vidéo de 8 minutes peuvent vous aider à prendre votre décision :

Film «L'examen fœtopathologique » disponible également sur YouTube, réalisé par la société française de fœtopathologie (SOFFOET) avec le soutien de la [filière de santé maladies rares AnDDI-Rares](#). Ce film est également disponible en [VF sous-titrée en français](#), [VF sous-titrée en anglais](#) ou [Version Anglaise](#).

Plaquette d'information



Vidéos

