

TAMPON SERVICE DEMANDEUR

TAMPON SERVICE DESTINATAIRE

Etiquette patient

**CONSENTEMENT PARENTAL
D'AUTOPSIE DE FŒTUS OU DE NOUVEAU-NE**

Nous soussignés :

- Madame (Nom, prénom, adresse)

.....

- Monsieur (Nom, prénom, adresse si différente)

.....

Autorisons l'hôpital, dans le respect du secret médical, à pratiquer sur le fœtus, le corps de notre enfant mort-né ou décédé:

- des examens à visée diagnostique incluant :

- un examen clinique externe avec réalisation de photographies et radiographies

oui non

- un examen interne/ autopsie complète avec réalisation et conservation de prélèvements permettant de rechercher la cause du décès ou des anomalies dont mon enfant était atteint (examens histologique, biologique, biochimique)

oui non

- des prélèvements pour examen génétique à visée diagnostique (caryotype et/ou étude en biologie moléculaire). En cas de refus d'examen interne/autopsie complète, des prélèvements superficiels peuvent être réalisés (peau, muscle).

oui non

- la conservation de prélèvements à visée de recherche scientifique afin d'améliorer les connaissances sur le développement embryo-fœtal normal et/ou pathologique. Ces prélèvements ne modifient en rien la procédure diagnostique.

oui non

Date :.....

Signature de la mère (obligatoire):

Signature du père (facultative*):

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

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.

Attestation d'information à remplir par le personnel médical:

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 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 le à la mère et/ou au père par :

.....(docteur en médecine, sage-femme, conseiller en génétique)

Signature et cachet :

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 vidéo de 8 minutes peut vous aider à prendre votre décision :

Film «L'examen fœtopathologique» YouTube, réalisé par la société française de fœtopathologie SOFFOET avec le soutien de la [filière de santé maladies rares AnDDI-Rares](#) :

https://www.youtube.com/watch?v=Jy2y0B_ULIM

Ce film est également disponible en [VF sous-titrée en français](#), [VF sous-titrée en anglais](#) ou [Version Anglaise](#).

