

**DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC PRENATALS  
AVEC UTILISATION DES MARQUEURS SERIQUES MATERNELS DE LA TRISOMIE 21**

**FORMULAIRE RELATIF AU REFUS DE LA FEMME ENCEINTE DE RECEVOIR DES INFORMATIONS PORTANT NOTAMMENT SUR LES OBJECTIFS, LES MODALITES, LES RISQUES, LES LIMITES ET LE CARACTERE NON OBLIGATOIRE DES EXAMENS PERMETTANT D'EVALUER LE RISQUE QUE LE FOETUS PRESENTE UNE AFFECTION SUSCEPTIBLE DE MODIFIER LE DEROULEMENT OU LE SUIVI DE LA GROSSESSE OU DES EXAMENS A VISEE DE DIAGNOSTIC**

Article R2131-2 modifié par décret N°2023-1038 du 13 novembre 2023

Je soussignée .....

atteste avoir été informée, par le médecin ou la sage-femme (\*) (nom, prénom)

au cours d'une consultation médicale en date du | \_\_ | \_\_ | \_\_ |

- de la possibilité de recourir à des examens permettant d'évaluer le risque que le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse (\*)
- de la possibilité de recourir à des examens à visée de diagnostic (\*)

Je ne souhaite pas recevoir d'informations portant sur ces examens que je ne souhaite pas effectuer. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise.

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_

Signature du médecin  
ou de la sage-femme

(\*) Rayez la mention inutile

Signature de l'intéressée