PARTIE À CONSERVER PAR LE PRESCRIPTEUR

FORMULAIRE DE REFUS

Formulaire relatif au refus de la femme enceinte de recevoir des informations portant sur les examens permettant d'évaluer le risque que le foetus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse ou des examens à visée de diagnostic (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).

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 foetus 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.

(*) Rayez la mention inutile.

Signature du médecin ou de la sage-femme	Signature de l'intéressée

Date : |__|__|__|__|__|__|

PARTIE À CONSERVER PAR LA PATIENTE

FORMULAIRE DE REFUS

Formulaire relatif au refus de la femme enceinte de recevoir des informations portant sur les examens permettant d'évaluer le risque que le foetus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse ou des examens à visée de diagnostic (en référence à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique).

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 foetus 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.

(*) Rayez la mention inutile.

Signature du médecin ou de la sage-femme	Signature de l'intéressée

Date : |__|__|__|__|__|__|

D22 - Octobre 2017