



Centre de diagnostic
de la femme et de l'enfant

Docteur Laurent BIDAT

Gynécologue Obstétricien

Diplômé d'échographie en gynécologie obstétrique

Coordonateur du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

Léonard de Vinci Colombes-Argenteuil-Pontoise

32-34 rue au Pain
78100 ST GERMAIN EN LAYE
Tel : +33 1 72 10 03 40
Fax : 01 85 39 01 34
Contact@centreechographie.com

www.centreechographie.com
www.doctolib.fr

MODÈLE DU FORMULAIRE RELATIF AU REFUS DE LA FEMME ENCEINTE DE RECEVOIR DES INFORMATIONS PORTANT NOTAMMENT SUR LES OBJECTIFS, LES MODALITÉS, LES RISQUES, LES LIMITES ET LE CARACTÈRE NON OBLIGATOIRE DES EXAMENS PERMETTANT D'ÉVALUER LE RISQUE QUE LE FŒTUS PRÉSENTE UNE AFFECTION SUSCEPTIBLE DE MODIFIER LE DÉROULEMENT OU LE SUIVI DE LA GROSSESSE OU DES EXAMENS À VISÉE DE DIAGNOSTIC

Article R. 2131-2 du code de la santé publique

Je soussignée atteste avoir été informée,
par le médecin ou la sage-femme (*)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
l'intéressée

Signature de