

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.

Je soussignée,
nom, prénom :

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 *

**Rayez la mention inutile*

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 Signature de l'intéressée

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.

Je soussignée,
nom, prénom :

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 *

**Rayez la mention inutile*

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 Signature de l'intéressée