

Formulaire pour les échographies obstétricales et fœtales

mentionnées au 1° du III de l'article R. 2131-1 du code de la santé publique

Je **Enfant DEMO Théo** atteste avoir reçu, du médecin Dr **DEMO Jean** au cours d'une consultation médicale en date du 07/04/2022 des informations sur l'examen échographique dont je souhaite bénéficier :

- l'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;

- l'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;

- cet examen et, de manière plus générale, les échographies de surveillance de la grossesse sont réalisées à des périodes précises de la grossesse ;

- cet examen permet notamment :

- de déterminer le plus précisément possible la date de début de la grossesse ;
- d'identifier une grossesse multiple ;
- d'évaluer et de surveiller le développement du fœtus ;
- de dépister des éventuelles malformations du fœtus ;
- de localiser le placenta et d'évaluer la quantité de liquide amniotique ;

- la performance de l'examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...) ;

- les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen ;

- l'absence d'anomalie décelée à l'échographie ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;

- une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement ;

- un nouvel examen échographique pourra m'être proposé dans certaines situations pour contrôler la croissance du fœtus ou pour vérifier un aspect inhabituel à l'échographie, ce qui ne signifie pas que le fœtus soit atteint d'une affection ; ce nouvel examen pourra être réalisé par le même échographiste ou par un autre auquel je serai, avec mon accord, adressée ;

- dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens à la réalisation de l'examen échographique permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin ou la sage-femme qui a effectué la première échographie obstétricale et fœtale.

Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins et aux sages-femmes qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de ma grossesse.

Ce document est conservé dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date :

Signature du praticien

Signature de l'intéressée

Nom du modèle : Dépistage risque T21 - Accord examen biochimique

Formulaire pour les **examens de biochimie portant sur les marqueurs sériques maternels** mentionnés au 1° du I de l'article R. 2131-1 du code de la santé publique

Je soussignée **Enfant DEMO Théo** atteste avoir reçu, du médecin **DEMO Jean** au cours d'une consultation médicale en date du 07/04/2022

des informations sur l'examen des marqueurs sériques maternels dont je souhaite bénéficier :

- cet examen permet d'évaluer le risque que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie d'une particulière gravité, notamment la trisomie 21 ;
- une prise de sang est réalisée au cours d'une période précise de la grossesse ;
- un calcul de risque de trisomie 21 est effectué ; il prend notamment en compte les données de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les mesures échographiques sont estimées fiables ;
- le résultat est toujours exprimé en risque pour l'enfant à naître d'être atteint de la maladie. Ce risque ne permet pas à lui seul d'en établir le diagnostic ;
- le résultat du calcul de risque me sera rendu et expliqué par le médecin prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal ;
- si le risque est faible, il n'écarte pas complètement la possibilité pour le fœtus d'être atteint de trisomie 21 ou d'une autre affection ;
- si le risque est élevé, un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) me sera proposé. Seul le résultat du caryotype fœtal permettra de confirmer ou non l'existence de l'affection. Les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens à la réalisation du dosage des marqueurs sériques maternels.

Le dosage des marqueurs sériques maternels sera effectué dans un laboratoire de biologie médicale autorisé par l'agence régionale de santé à les pratiquer.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Une copie de ce document m'est remise ainsi qu'au praticien devant effectuer les dosages biologiques et, le cas échéant, le calcul de risque.

Le laboratoire de biologie médicale dans lequel exerce le praticien ayant effectué les dosages et, le cas échéant, le calcul de risque conserve ce document dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date :

Signature du médecin

Signature de l'intéressée

Nom du modèle : Dépistage risque T21 - Refus examens

Je soussignée **Enfant DEMO Théo**

atteste avoir été informée par le médecin **Dr DEMO Jean**

au cours d'une consultation médicale en date du 07/04/2022

- 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 : 07/04/2022

Signature du médecin

Signature de l'intéressée



(*) Rayez la mention inutile.

07/04/2022

DEMO Théo

01011001

12/08/2004

DEMO VALERIE

2 74 03 75 123 456 78

La Maison 01100 LE PRE

07/04/2022

Docteur DEMO Jean

33 rue Alma Pro
67000 Strasbourg
Tél : 03 88 88 88 88

Médecin générale

12345678901 - ADELI : 1019926

RPPS



Strasbourg, le Jeudi 07 Avril 2022

NOTE D'HONORAIRES

Pour la consultation du 07/04/2022 et la rédaction du certificat médical concernant M. DEMO Harry, demeurant :

Les Champagnes
01000 CAMPAGNETTE

honoraires non pris en charge par l'assurance maladie : **25€**.

Certificat remis ce jour en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

Docteur Jean DEMO



Docteur DEMO Jean

33 rue Alma Pro
67000 Strasbourg
Tél : 03 88 88 88 88

Médecin générale

12345678901 - ADELI : 1019926



Strasbourg, le Jeudi 07 Avril 2022

Volet médical de synthèse (VSM)

Concerne : M. DEMO Harry, né le 20/09/1945, 76 ans

Adresse : Les Champagnes 01000 CAMPAGNETTE

N° de sécurité social : 1 45 09 99 132 123 45

Caisse : 01011001

Poids : 71 Kg, Taille : 176 Cm

HISTORIQUE MEDICAL :

Digestif

01/01/1988 - Syndrome de l'intestin irritable, récurrent
16/01/2006 - Polype hyperplasique (3 mm) du rectum

Locomoteur

05/08/2008 - Périarthrite calcifiante de l'épaule gauche

Respiratoire

Amygdalite chronique

Endocrinologie

Goutte (09/08, 04/10)

Urologie

25/05/2008 - Adénome de la prostate

Socio environnemental

Tabagisme : sevré à 39 ans

TRAITEMENT DE FOND

A renouveler 2 fois

A renouveler 2 fois

Pinavérium Comprimé 100 mg

1 comprimé 3 fois par jour en cas de douleurs
abdominales.

Tamsulosine Comprimé à libération modifiée 0.4 mg

1 comprimé le soir.

LISTE DES SUBSTANCES CONTRE-INDIQUÉES :

Allergie(s) :

Sulfites

Intolérance(s) :

PROFIL

ATCD hér Diabète : Oui : père + 1 tante paternelle

ATCD hér Kc colon : Oui : mère (opérée vers 75-80 ans,
décédée à 94 ans)

Dern V.Tétanos : 30/10/2008

Hemocult : Négatif

PA systolique mm hg : 140

PA diastolique mm hg : 70

Poids (kgs) : 71

Fréquence cardiaque : 68

Taille (cm) : 176

ALARMES :

VACCINS :

07/12/2007 VAXIGRIP SER 0,5ML 1

07/12/2007 REVAXIS SER 0,5ML 1

30/10/2008 VAXIGRIP SER 0,5ML 1