|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Données de la patiente** (VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE EN CARECTERES D’IMPRIMERIE) | | | | | | |
| **\* Afin de garantir une confidentialité maximale pour les patients, GENDIA n’utilise pas le nom des patients mais un code**  **Par conséquent, utilisez un CODE (avec au moins de 6 chiffres et/ou lettres) au lieu de votre NOM, et gardez ce code dans un endroit sûr, car GENDIA utilisera ce code dans tous les documents.** | | | | | | |
| Code de Patient\* | … | | | | | |
| Date de naissance | … | | | | | |
| Adresse | … | | | | | |
| Numéro de téléphone | … | | | | | |
| E-mail | … | | | | | |
| Age gestationnel | … | Semaines | … | Jours | | |
| Date de la prise de sang | … | | | | | |
| FIV ? |  | Oui | | |  | No |
| Donation d’ovule/mère porteuse ? |  | Oui, Age donor … | | |  | No |
| Grossesse multiple |  | Oui | | |  | No |
| Grossesse multiple en début de grossesse ? |  | Oui | | |  | No |
| Voulez-vous connaître le sexe du bébé ? |  | Oui | | |  | No |
| Combien pesez-vous ? | … kg | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indications pour DPNI** | |
| L’âge de la patiente |  |
| Triple test anormal | *Spécifiez:* … |
| Inquiétude / angoisse | *Spécifiez:* … |
| Maladies héréditaires au sein de la famille (cancer,mucoviscidose, anomalie génetiques,..) | *Spécifiez:* … |
| Autres | *Spécifiez:* … |

Formulaire de souission FR (juin 2018) © GENDIA

|  |  |
| --- | --- |
| **Médecin traitant/Sage-femme** | |
| Nom + Prénom | … |
| Numéro de téléphone | … |
| Adresse e-mail | … |

|  |
| --- |
| **Consentement éclairé** |
| Je donne mon consentement pour que GENDIA réalise la recherche DPNI. J’ai lu et compris les possibilités et les restrictions du test DPNI. |
| Signature de la future mère |
|  |