

**Formulaire de refus de la femme enceinte de recevoir des informations portant notamment sur les objectifs, les modalités, 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 .....

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

Signature de l'intéressée

ou de la sage-femme

(\*) *Rayez la mention inutile.*