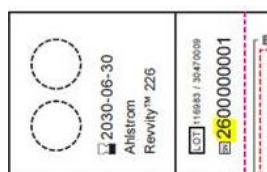


DNN : Les 5 points à vérifier au moment du prélèvement avec les parents pour un consentement conforme

Attention ! Tout buvard non conforme entraîne l'absence de dépistage de la SMA

Je vérifie que

- ☒ Le buvard est bien conforme (recto numéro commençant par 25 ou 26 et verso consentement du buvard est bien celui reproduit ci-dessous)
- ☒ Le NOM, prénom et date de naissance de l'enfant sont exacts
- ☒ Une SEULE case « Consentons » ou « Ne consentons pas » est cochée
- ☒ La signature d'au moins l'un des deux parents est présente
- ☒ En cas de refus de consentement au dépistage des caractéristiques génétiques, la non-réalisation du dépistage de l'amyotrophie spinale a été expliquée aux parents et notifiée dans le carnet de santé (Page 8)



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES



Consentement parental à la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques

Après avoir été informés sur la nature de l'acte de dépistage des maladies génétiques dans le cadre du programme national de dépistage néonatal, ses objectifs, les maladies dépistées et l'existence de traitements, nous soussigné(e)s (Noms, Prénoms) :

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

de l'enfant : _____ Né(e) le : _____

Consentons ☐ Ne consentons pas ☐ à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques nécessaires sur le prélèvement de notre enfant.

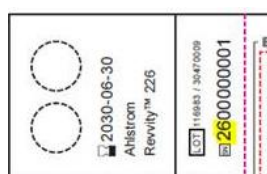
Fait le : _____ Signature(s) obligatoire(s)

DNN : Les 5 points à vérifier au moment du prélèvement avec les parents pour un consentement conforme

Attention ! Tout buvard non conforme entraîne l'absence de dépistage de la SMA

Je vérifie que

- ☒ Le buvard est bien conforme (recto numéro commençant par 25 ou 26 et verso consentement du buvard est bien celui reproduit ci-dessous)
- ☒ Le NOM, prénom et date de naissance de l'enfant sont exacts
- ☒ Une SEULE case « Consentons » ou « Ne consentons pas » est cochée
- ☒ La signature d'au moins l'un des deux parents est présente
- ☒ En cas de refus de consentement au dépistage des caractéristiques génétiques, la non-réalisation du dépistage de l'amyotrophie spinale a été expliquée aux parents et notifiée dans le carnet de santé (Page 8)



MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES



Consentement parental à la réalisation d'un examen des caractéristiques génétiques

Après avoir été informés sur la nature de l'acte de dépistage des maladies génétiques dans le cadre du programme national de dépistage néonatal, ses objectifs, les maladies dépistées et l'existence de traitements, nous soussigné(e)s (Noms, Prénoms) :

Parent 1 : _____

Parent 2 : _____

de l'enfant : _____ Né(e) le : _____

Consentons ☐ Ne consentons pas ☐ à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques nécessaires sur le prélèvement de notre enfant.

Fait le : _____ Signature(s) obligatoire(s)