

LABORATOIRE DE PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE  
 Chef de service : Professeur Jean-Pierre GANGNEUX

## PRELEVEMENT DE LIQUIDE AMNIOTIQUE pour recherche de toxoplasme

**10 à 15 mL en flacon stérile**

**NOM – Prénom :**
**Date de naissance :**
**NOM de naissance :**
**DDR :**
**SEROLOGIES MATERNELLES (joindre les photocopies SVP)**

Date			
IgG			
IgM			

**TRAITEMENT PAR ROVAMYCINE**

Date de début	
Posologie	

**AMNIOCENTESE**

(3-4 semaines minimum après séroconversion et après 18 semaines d'aménorrhée)

Date du prélèvement	
Age gestationnel	
Signes échographiques (si présents, joindre le compte-rendu)	
Médecin préleveur	

**Adresser les résultats à :**

**\* remplir obligatoirement l'attestation et le  
consentement au verso de ce document.**



## Fiche de consentement au diagnostic prénatal de toxoplasmose congénitale

Codification : LBM EN  
002872

Version : 02

Emetteur : PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Date d'application : 16/11/2020

Hôpital Pontchaillou • 2 rue Henri Le Guilloux – 35033 Rennes cedex 9

### Attestation de consultation préalable à une analyse biologique du liquide amniotique en vue du diagnostic prénatal de toxoplasmose congénitale.

Je soussigné(e) .....Docteur en Médecine,

atteste avoir reçu en consultation Madame .....  
et, conformément à l'article R. 162-16-7 du Code de la Santé Publique, avoir :

- 1) évalué le risque pour son enfant à naître d'être atteint d'une toxoplasmose congénitale,
- 2) informé la patiente sur les caractéristiques de cette affection, les moyens de la détecter, les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus au cours de l'analyse prescrite,
- 3) informé la patiente sur les moyens inhérents aux prélèvements, sur leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Au terme de cette consultation, je prescris la réalisation d'un examen du liquide amniotique pour recherche de *Toxoplasma gondii* par PCR et inoculation à la souris.

Fait à ..... le .....

Signature du médecin prescripteur :

### Formulaire de consentement de la femme enceinte pour le diagnostic prénatal de toxoplasmose congénitale par examen biologique du liquide amniotique.

Après la consultation médicale prévue à l'article R. 162-16-7 du Code de la Santé Publique,  
Je soussignée ..... déclare avoir reçu les informations suivantes :

- 1) L'analyse qui m'est proposée en vue d'établir un diagnostic prénatal de la toxoplasmose congénitale rend nécessaire un prélèvement de liquide amniotique dont m'a été expliqué le risque.
- 2) Cette analyse sera effectuée dans un laboratoire autorisé à la pratiquer par le ministre chargé de la santé.
- 3) Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit.
- 4) Au cas où le prélèvement n'aurait pas été utilisé en totalité, les échantillons restants seront conservés dans la bibliothèque du laboratoire, pour une éventuelle utilisation ultérieure dans le cadre de votre suivi, mais aussi, sauf opposition de votre part, à but de recherche sur la physiopathologie de la toxoplasmose congénitale. Cet accord est révoquant à tout moment.

Je consens au prélèvement ainsi qu'à l'analyse biologique du liquide amniotique en vue du diagnostic prénatal de la toxoplasmose congénitale.

Fait à ..... le .....

Signature de l'intéressée :

Ligne directe du Secrétariat : 02 99 28 42 68 – Fax : 02 99 28 41 21  
Hôpital Pontchaillou • 2 rue Henri Le Guilloux – 35033 Rennes cedex 9