

Ordonnance

Cachet du médecin

Madame _____

Date de la biopsie : _____

Pratiquer un bilan immunitaire endométrial de réceptivité utérine (UTIMPROtest)

Signature du médecin

Attestation de consentement

Consentement pour la réalisation d'un bilan de réceptivité utérine

Je soussignée, Madamenée le....., reconnais avoir reçu ce jour (par mon médecin) les informations nécessaires sur la nature, l'intérêt et le cout de l'analyse, détaillés sur la « lettre d'information sur le bilan de réceptivité » ainsi que la « politique de confidentialité » et je consens au prélèvement d'endomètre dans le but de réaliser un bilan de réceptivité utérine.

Je consens Je m'oppose

à ce que les résultats après ce test soient utilisés (de façon anonyme) afin d'évaluer l'impact de cette nouvelle connaissance diagnostique en médecine de la reproduction (issue de la prochaine tentative en termes de grossesse et de naissance)

Je consens Je m'oppose

à la conservation et l'utilisation de l'ARN extrait à partir de la biopsie à des fins de recherche scientifique. L'ARN extrait sera congelé et conservé pendant 5 ans, sur le site de Cochin par le laboratoire MatriceLab Innove sous la responsabilité du Dr Nathalie LEDEE et détruit à son issue. L'ARN pourra être utilisé (**de façon anonyme**) pour améliorer la méthode actuelle (automatisation des processus) ou pour la recherche de nouveaux biomarqueurs.

Les données recueillies demeurent strictement confidentielles et ne pourront être consultées que par l'équipe médicale, les personnes dûment mandatées et éventuellement par des représentants des autorités sanitaires et judiciaires habilitées. Vous pouvez exercer des droits d'accès, d'annulation et de rectification auprès de MatriceLab Innove.

Signature de la patiente

Fait à
 Le (indiquer le jour de la biopsie)/..... /.....
 Email.....

Attestation de consultation médicale individuelle

Je soussigné (e), Docteur, conformément à l'article 20 de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, atteste avoir reçu en consultation ce jour la patiente signataire et lui avoir précisément expliqué le but, les modalités ainsi que les limites du test.

Signature du médecin

Fait à
 Le (indiquer le jour de la biopsie)/..... /.....