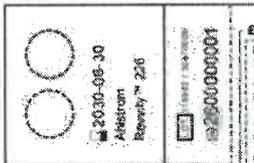


**DNN : Les 5 points à vérifier au moment du prélèvement avec les parents pour un consentement conforme**

**Attention ! Tout buvard non conforme entraine 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 entraine 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)