

FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE POUR DETERMINATION DE GENOTYPE RHD FOETAL SUR SANG MATERNEL - EFS AUVERGNE-RHONE-ALPES, SITE LYON-GHE

RAA/LAB/IHE/FO/065 - Version 12

DEMANDE DE GENOTYPAGE RHD FOETAL NON INVASIF SUR SANG MATERNEL volume des tubes à prélever

Prescription et contexte : (à remplir par le prescripteur)

☐ 1ère détermination ☐ 2ème détermination
INDICATION : ☐ Immunoprophylaxie, patiente non immunisée ☐ Patiente allo-immunisée anti-D(RH1)

AGE GESTATIONNEL : SA

AUTRES : ☐ Gémellité ☐ greffe connue ☐ Geste invasif prévu et date

GROUPE sanguin* : Groupe ABO, D :

(*à remplir OU joindre une copie de carte de groupe)

MATERNITE, lieu prévu pour l'accouchement :

Identité patiente (Apposer une ETIQUETTE)

Nom de naissance* :

Nom d'usage :

Prénom* :

Date de naissance* :

Origine géographique

Patiente

Conjoint

Europe de l'ouest

☐☐

Afrique du Nord

☐☐

Afrique sub-saharienne

☐☐

Afro-Antillais

☐☐

Asiatique

☐☐

La Réunion

☐☐

Consentement éclairé (à SIGNER par la patiente)

Je soussignée madame

Déclare avoir compris et accepte :

- que l'examen proposé soit fait à partir de l'ADN du fœtus, dans un laboratoire autorisé conformément au décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal,
- qu'une partie du prélèvement soit conservée un an en sérothèque laboratoire pour contrôle éventuel de l'examen,
- qu'un résultat négatif ou indéterminé est contrôlé sur un second prélèvement,
- qu'un résultat peut être dans quelques cas rendu ininterprétable,
- que le résultat me sera communiqué uniquement par le médecin prescripteur identifié ci-contre,
- et déclare avoir été informée par mon médecin de l'intérêt de l'examen

Prescripteur (à SIGNER par le prescripteur)

Nom* :

Prénom* :

N° RPPS* :

Adresse* :

Tél* :; Fax :

Mail (MS-sante si possible)

..... @

Attestation médicale (à SIGNER par le prescripteur).

Je soussigné(e),
déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le
génotypage RHD fœtal sur plasma maternel par prélèvement
veineux périphérique dès 11 SA.

Signature de la patiente*

Date :

Signature du prescripteur* :

Date :

PRELEVEMENT

(à COMPLETER et SIGNER par le préleveur)

Date et heure du prélèvement : le à2 tubes EDTA de  4 ml  non centrifugés

Identité du préleveur :

Cachet du laboratoire :

Signature du préleveur :

CONDITIONS DE PRELEVEMENT ET TRANSMISSION A L'EFS :



De préférence : ce consentement éclairé (RAA/LAB/IHE/FO/065) dûment complété

A défaut : bon demande d'examen +/- ordonnance du prescripteur + attestation d'information + consentement éclairé signés par le prescripteur et la patiente + photocopie de document de groupage



Transport à température non dirigée



5 jours : délai maximum de réception au site EFS exécutant*



1ère détermination : dès 11 semaines d'aménorrhée / 2ème détermination : après 17 semaines d'aménorrhée et au moins 2 semaines après le premier prélèvement (si 1er résultat négatif ou indéterminé)



Site EFS exécutant : EFS AURA, site de Lyon-GHE, 28 rue Doyen Lépine, 69677 BRON-Cedex
04.72.35.70.11 (Fax : 04.78.53.54.00)