

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 8

Prescription et contexte : (à remplir par le prescripteur)

Examen prescrit : génotypage RHD fœtal non invasif sur sang maternel

●Mentions figurants sur le document de groupage sanguin : Groupe : Rhésus :

1^{ère} détermination 2^{ème} détermination (contrôle d'un premier résultat négatif ou indéterminé)

Terme de la grossesse : Patiente allo-immunisée anti-D (RH1) : Oui Non

Amniocentèse ou autre geste invasif prévu Si oui, date

●Autres renseignements : Grossesse gémellaire ATCD greffe

Lieu prévu pour l'accouchement :

Patiente allo-immunisée anti-D (RH1)

Immunoprophylaxie anti-RH 1 anténatale, chez une patiente D négatif (RH :-1) non immunisée

Informations patiente (à remplir par le prescripteur)

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 remplir par la patiente)

Je soussignée

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 (ou apposition du cachet)

Nom* :

Prénom* :

N° RPPS* :

Adresse* :

.....

Tél* :

Fax :

Mail : @

.....

Attestation médicale (à remplir 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 :

Cadre réservé au laboratoire préleveur :

Référence du dossier :

Identité du préleveur :

Date et heure du prélèvement :

Signature du préleveur :

Cachet du laboratoire :

Toute demande doit comporter :

- un bon de transmission au laboratoire,
- la fiche de prescription et de consentement éclairé complétée et signée,
- un résultat d'examen précisant le groupe sanguin de la patiente,
- le prélèvement : 2 tubes EDTA de 5 ml + 1 tube sec avec gel séparateur à centrifuger 10 minutes à 3000 g ; après coagulation complète, soit au moins 30 minutes après le prélèvement,
- les tubes doivent tous être identifiés avec noms de naissance et d'usage, prénom, date de naissance de la patiente.

Adresser la demande à votre EFS de proximité pour réception dans les 5 jours à température non dirigée à l'EFS exécutant.
 Délai de rendu des résultats : **7 jours environ.**

* Mentions obligatoires. Correction sur la durée de centrifugation