

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

RAA/LAB/IHE/FO/065 - Version 5

LABORATOIRE DESTINATAIRE:

EFS Rhône-Alpes-Auvergne, site de Lyon-GHE,
28 rue Doyen Lépine 69677 BRON Cedex
Tél : 04 72 35 70 11 (Interne : 35 70 11)/Fax : 04 78 53 54 00

**MEDECIN PRESCRIPTEUR (à remplir par le prescripteur ou par apposition du cachet)**

Nom, prénom N° téléphone
Adresse N° fax
ou service hospitalier N° d'identification :
Date de prescription : / /

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE (à remplir par le prescripteur)

Nom Nom de jeune fille
Prénom Date de naissance
Origine géographique : patiente procréateur

CONTEXTE DE LA PRESCRIPTION (à remplir par le prescripteur)

☐ 1^{ère} détermination ☐ 2^e 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.....

ATTESTATION MEDICALE (à remplir et signer par le prescripteur)

Je soussigné Dr.....déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le génotypage RHD foetal sur plasma maternel par prélèvement veineux périphérique dès 12 SA.

- ☐ Afin de mettre en évidence une situation d'incompatibilité foeto-maternelle pour la grossesse en cours chez une patiente allo-immunisée anti-D (RH1)
☐ Pour déterminer s'il y a lieu de recourir à une immunoprophylaxie anti-D anténatale, la patiente étant D négatif (RH :-1) non immunisée

Date : Signature du prescripteur :

CONSENTEMENT ECLAIRE (à remplir et signer 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 au laboratoire uniquement 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-dessus

*déclare avoir été informée par mon médecin de l'intérêt de l'examen

Date : Signature de la patiente :

Toute demande doit comporter :

-1 fiche de consentement éclairé complétée et signée, un bon de demande d'examen, une copie de la carte de groupe sanguin de la patiente

-2 tubes EDTA de 5 ml + 1 tube sec de 5 ml avec gel séparateur (le tube sec doit être centrifugé par le laboratoire préleveur 30 minutes après prélèvement, après coagulation complète, 10 minutes à 3000g),
→ tous identifiés avec noms de naissance et d'usage, prénom, date de naissance,

A adresser par votre EFS de proximité, pour réception dans les 5 jours à température non dirigée, au laboratoire destinataire

Délai de rendu des résultats: 2 semaines en moyenne.

La version la plus récente du document est disponible sur le site <https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes>