

Bon de demande

Typage HLA pour une Greffe

Immunochimie

Tél. : +33 (0)4 72 80 23 29 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56
Email : international@biomnis.com

N° de Correspondant

Date de prélèvement :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : Prénom :
Adresse :
CP : Ville : Pays :
Tél. : Fax :

Cachet
du prescripteur

Cachet ou étiquette code barre
de l'hôpital ou du laboratoire

PATIENT(E)

Nom : Prénom :
Date de naissance* : Sexe : F M
Adresse :
CP : Ville :
Pays : Tél. :

Origine géographique** : Europe/Afrique du Nord Afrique sub-saharienne et Antilles
 Asie Autres (métisses par ex.) :

* Si le (la) patient(e) est mineur(e), le consentement doit être donné par les parents.

** Information nécessaire uniquement pour les analyses signalées du [2] ci-dessous.

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE

(Conformément aux articles R.1131-4 et R.1131-5 du code de la santé publique).

Je soussigné(e)
né(e) le
► reconnaît avoir reçu par le Dr :

les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin :

- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie génétique en relation avec mes symptômes ;
- de confirmer ou d'infirmer le diagnostic pré-symptomatique d'une maladie génétique ; d'identifier un statut de porteur sain (recherche d'hétérozygote ou d'un remaniement chromosomique) ;
- d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie ou à un traitement médicamenteux.

► Pour cela, je consens :

- au prélèvement qui sera effectué chez moi
- au prélèvement qui sera effectué chez mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle
- au prélèvement qui sera effectué chez mon fœtus.

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle. Si l'examen révèle des résultats autres que ceux recherchés, le Dr sus-nommé déterminera la conduite à tenir lors d'une consultation individuelle.

► Si une partie du prélèvement reste inutile après examen,

je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Fait à
le

Signature du patient adulte ou
du représentant légal de l'enfant mineur ou
du tuteur légal de l'adulte sous tutelle :

SIGNE(S) CLINIQUE(S)

Sang EDTA Autre - A préciser :

NATURE DU PRÉLÈVEMENT - A remplir obligatoirement

Sang EDTA Autre - A préciser :

DEMANDE D'ANALYSE

- HLA-A
- HLA-B
- HLA-C^[1] : Joindre la fiche de renseignements cliniques
[1] Réalisé sur demande uniquement et avec facturation supplémentaire
- HLA-DR
- HLA-DQ
- HLA-DP^[2] : Joindre la fiche de renseignements cliniques
et un prélèvement sur un tube ACD

[2] Réalisé sur demande uniquement, avec facturation supplémentaire et exclusivement si le donneur de moelle osseuse a été sélectionné

CONTEXTE CLINIQUE

- Suivi pré-greffe
 - Suivi post-greffe
 - Lien avec les donneurs potentiels (frère, sœur...) :
- Greffé de moelle osseuse organe

ATTESTATION DE CONSULTATION

(Décret n° 2008-321 du 4 avril 2008
- arrêté du 27 mai 2013).

Je soussigné
Docteur en Médecine, conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la)patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.

Fait à
le
Signature du médecin :

Analyse complémentaire en cas d'anomalie biologique détectée :
si l'activité est basse, une recherche d'anticorps est déclenchée.