

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.

SIGNE(S) CLINIQUE(S)

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...) :
 Greffe de ☐ moelle osseuse ☐ organe

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

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

reconnais 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 inutilisée 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 :

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 :