



Biomnis

Fiche de renseignements cliniques Typage génique de groupe sanguin fœtal

DIVISION INTERNATIONALE 17/19, avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07
Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail : international@biomnis.com

Correspondant

MÉDECIN PRESCRIPTEUR / ETABLISSEMENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél :

Fax :

Cachet du service et signature obligatoire

PATIENTE

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

Tél :

Date de naissance :

Joindre la photocopie de la carte de groupe sanguin du patient

DDR :

DG :

ANALYSES DEMANDÉES

- ☐ RH1 (D) à partir de 12 SA ☐ RH3 (E) à partir de 13 SA
☐ RH4 (c) à partir de 13 SA ☐ KEL1 (Kell) à partir de 13 SA

A PARTIR DU SANG MATERNEL

Prélèvement : 3 tubes 5 à 7 ml de sang total EDTA
Délai transmission : 72 H (RH1 et RH4) /48 H (KEL1)

Date du prélèvement :

Nom du préleveur :

☐ Si amniocentèse prévue :

Date :

- ☐ RH1 (D) ☐ RH3 (E) ☐ RH4 (c) ☐ KEL1 (Kell)

A PARTIR DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

Prélèvement : 5 ml sur tube stérile
Délai transmission : 72 H

Date du prélèvement :

Motif de l'amniocentèse :

Laboratoire de cytogénétique :

Préciser l'origine géographique familiale :

• Père :

• Mère :

Préciser le phénotype RH-KEL1 du père :

Je soussigné Dr....., déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le groupe sanguin fœtal.

☐ Pour diagnostiquer une situation d'incompatibilité fœto-maternelle pour la grossesse en cours

☐ Pour juger s'il y lieu de recourir à une immuno-prophylaxie Rh anténatale, la patiente étant Rh Négatif non immunisée.

Je soussigné Melle, Mme..... accepte que l'analyse proposée soit faite à partir de l'ADN du fœtus, dans un laboratoire autorisé conformément au décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal, et qu'une partie du prélèvement soit conservée à des fins de contrôle de qualité ou scientifiques, conformément au décret 2007-1220 du 10 août 2007.

Déclare avoir compris que la technique d'analyse peut parfois donner un résultat positif en excès (ou faux positif), et qu'un premier résultat peut conduire à demander un second prélèvement de sang maternel pour confirmation.

Fait à Le

Signature du prescripteur

Signature de la patiente