DOCUMENT CONFIDENTIEL
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉTAT PATHOLOGIQUE DU PATIENT

eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Typage génique de groupe sanguin fœtal hors rhésus D

Correspondant

PATIENTE

Nom : .....
Nom de naissance : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

MÉDECIN PRESCRIPTEUR / ETABLISSEMENT

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse : .....
CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....
Tél : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cachet du service et signature obligatoire

Joindre la photocopie de la carte de groupe sanguin du patient

Date des dernières règles : |_|_| |_|_| |_|_|

Date de début de grossesse*: |_|_| |_|_| |_|_|

**Champ obligatoire*

ANALYSES DEMANDÉES

☐ **RH3 (E)** à partir de 13 SA
☐ **RH4 (c)** à partir de 13 SA ☐ **KEL1 (K)** 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 : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Préciser l'origine géographique familiale :

- **Père :** .....
- **Mère :** .....

Préciser le phénotypage 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 (Patiente déjà allo-immunisée)
☐ Pour juger s'il existe un risque d'allo-immunisation pour la grossesse en cours (Patiente 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

Ces analyses font l'objet d'une retransmission.

R22 - Juin 2024