Formulaire N°27 — **CHUV – HEMATOLOGIE-RhD fœtal**

8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1 8 4 2 1

Etiquette code barres pour le CHUV

Centre hospitalier Universitaire vaudois
Service d'hématologie

Réception des laboratoires: BH / 18 / 100
1011 Lausanne

Tél. : 021 314 **42 09** (Biologie moléculaire)
Fax : 021 314 **41 80**
PP 439
http://www.chuv.ch/analyse

Ouverture du laboratoire
Lundi-Vendredi 08h00-17h00

Patient
Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance complète :
……
Adresse complète :
……
N° postal / Localité :
……
V/réf. : ……
Facture :
☐ Patient ☐ Demandeur

Date et heure du prélèvement indispensable

Jour : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Mois : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Heure : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 — Min. : 15 30 45

COPIE(S) A
Nom du médecin : ……
Service, adresse : ……
……

DEMANDEUR
Nom du médecin : ……
Service, adresse : ……
Tél. : ……

Génotypage moléculaire de l'antigène RhD foetal à partir de plasma maternel

Informations indispensables:

Age de la grossesse (SA), : …… (doit être > 12 SA)

Antécédents obs. : ……G ……P

Groupe Rhésus de la mère : ……

Alloimmunisation anti-D connue : **oui / non**

Origine ethnique familiale: Père : …… Mère : ……

⚠ Test génétique prénatal - Signatures obligatoires

Je soussigné(e) Dr: ……

déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le groupe sanguin fœtal :

☐ pour juger s'il y a lieu de recourir à une **immuno-prophylaxie Rh** anténatale, la patiente étant RhD négatif **non immunisée**

☐ pour diagnostiquer une situation **d'incompatibilité foeto-maternelle** pour la grossesse en cours chez la patiente **immunisée**

Je soussignée Mme ……

☐ accepte que l'analyse proposée soit faite à partir de l'ADN du fœtus et déclare avoir compris que (1) la technique d'analyse peut parfois donner un résultat positif en excès (ou faux-positif) et (2) qu'un premier résultat peut conduire à demander un second prélèvement de sang maternel pour confirmation.

☐ autorise la conservation de l'échantillon :

- ☐ Jusqu'à la fin de la grossesse, à des fins de contrôle qualité ou en cas d'ajout d'analyse.
- ☐ Sans limite de temps, pour la recherche et le développement d'analyses médicales.

☐ n'autorise pas la conservation de l'échantillon qui doit être détruit immédiatement après analyse.

Chaque test de génétique constitutionnelle doit s'accompagner d'un conseil génétique (Loi sur l'analyse génétique humaine - LAGH).

Signature et tampon du médecin demandeur :

Signature de la patiente:

Matériel et envoi

Sang - EDTA – 2 X 7.5 ml

Du lundi au jeudi: EXpress. Garder à température ambiante!
Vendredi: Intercity-Express ou coursier : les prélèvements reçus après 14h00 ne pourront être pris en charge. Le vendredi, annoncer le prélèvement par téléphone : 021 314 42 09.

VS-07.2021
CHUV Labo- LCH
N° d'article CHUV:

LID
Nom Prénom