

Etiquette échantillon  
 Nexlabs

**DIAGNOSTIC DU RHESUS RH C, c ou E FŒTAL  
 PAR ANALYSE DE L'ADN CIRCULANT DANS LE SANG MATERNEL**

**A joindre impérativement pour un délai de rendu de résultat optimal :  
 ce bon de demande d'examen dument rempli et le consentement éclairé de la patiente**

| IDENTIFICATION DE LA PATIENTE | MEDECIN PRESCRIPTEUR |
|-------------------------------|----------------------|
| Nom de naissance.....         | Nom.....             |
| Prénom.....                   | Prénom.....          |
| Nom marital.....              | Adresse.....         |
| Date de naissance.....        | Tel. : .....         |
| Tel.:.....                    | Fax : .....          |

| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES  |   |
|---|---|
| Phénotype RHCcEe maternel : .....   | Phénotype RHCcEe paternel : ..... (joindre la copie du résultat)              |
| DDG :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  | Age gestationnel au prélèvement :  _ _  SA +  _  J                            |
| Nombre de fœtus :  _  | Jumeau évanescent : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| Allo-Immunsation Materno-Fœtale : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Si oui préciser l'antigène : .....  |
| RAI : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                             | Si oui, titrage:..... Date :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _                             |
| Lieu présumé de naissance: .....  |   |

| INDICATION   |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> prélèvement                             | <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> prélèvement (contrôle) |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge d'une patiente allo-immunisée RhC (RH2) |  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge d'une patiente allo-immunisée Rhc (RH4) |  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge d'une patiente allo-immunisée RhE (RH3) |  |

| PRELEVEMENT  |  |
|--|--|
| Prélèvement : 1 tube EDTA 10 mL ou 3 tubes EDTA 5 mL |  |
| Date du prélèvement :  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _           | Heure du prélèvement:  _ _  h  _ _  mn |
| Réalisé par: .....                                   |  |
| Nom du laboratoire : ..... Tel : ..... Fax : .....   |  |
| Date et heure de réception + paraphe: .....          |  |

**ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT**

**DIAGNOSTIC DU RHESUS RHC, c ou E FŒTAL PAR ANALYSE DE L'ADN CIRCULANT DANS LE SANG MATERNEL**

Je soussigné (e), .....  
Docteur en Médecine / Sage-Femme\*

Conformément à l'article R.162-16-67 du décret n° 95-559 du 6 mai 1995, certifie avoir reçu en consultation ce jour, la patiente ci-dessus désignée, afin de lui apporter les informations suivantes :

Les femmes enceintes présentant une allo-immunisation contre un antigène du système Rhésus CcEe absent chez la mère et présent chez le fœtus, produisent au cours de leur grossesse des anticorps dirigés contre les globules rouges du fœtus pouvant entraîner leur destruction. Actuellement, le suivi se fait sur la détection et le dosage de ces anticorps. Si le bébé présente les mêmes antigènes du système Rhésus CcEe que la mère, il n'y a aucun risque pour l'enfant. Si le fœtus porte un antigène du groupe rhésus du système CcEe différent de celui de la mère et pour lequel une allo-immunisation a été détectée, un suivi particulier de la grossesse sera préconisé.

Afin de connaître précocement (à partir de la 12ème semaine d'aménorrhée) le rhésus du système CcEe de votre fœtus, il vous est proposé de déterminer celui-ci par analyse génétique de l'ADN fœtal qui circule dans votre sang. Il s'agit d'une simple prise de sang qui ne présente aucun risque pour votre grossesse.

Je soussignée, Madame.....

- Consens au prélèvement et à la réalisation de cette analyse qui sera effectuée par un laboratoire autorisé à la pratique par le Ministère chargé de la santé. Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué par le médecin qui me l'a prescrit
- Consens à ce qu'une partie de prélèvement non utilisée après ce test, soit conservée par le laboratoire pour des programmes des recherches scientifiques. Les données médicales me concernant seront protégées. Ainsi, les études médicales réalisées sur ces échantillons seront sans bénéfice, ni préjudice pour moi

Date: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|\_|

*Signature du médecin ou de la sage-femme\**

*Signature de l'intéressée*

*(\*) Rayez la mention inutile*