

Etiquette échantillon
Nexlabs

DIAGNOSTIC DU RHESUS D 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 RHESUS de la patiente : (joindre la copie du résultat)

DDG : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Age gestationnel au prélèvement : |_|_| SA + |_| J

Nombre de fœtus : |_| Jumeau évanescent : ☐ OUI ☐ NON

Origines géographiques des grands-parents du fœtus : Maternels : *

Paternels : *

Allo-Immunsation Materno-Fœtale : ☐ OUI ☐ NON Si oui préciser l'antigène :

RAI : ☐ POS ☐ NEG ☐ Inconnu Si POS, titrage:..... Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Rhophylac® : ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu Si oui, date de l'injection : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Amniocentèse prévue: ☐ OUI ☐ NON ☐ Inconnu Si oui, date de l'amniocentèse : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Lieu présumé de naissance:

INDICATION

☐ 1^{er} prélèvement ☐ 2^{ème} prélèvement (contrôle)

☐ Prévention de l'allo-immunsation RHD

☐ Prise en charge d'une patiente allo-immunisée RhD

PRELEVEMENT

Prélèvement : 1 tube EDTA 10 mL + 1 tube EDTA 5 mL ou 4 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 D 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 dont le groupe sanguin est rhésus D négatif, afin de lui apporter les informations suivantes :

- Au cours de la grossesse, certains événements peuvent favoriser le passage de sang du fœtus dans la circulation sanguine maternelle. Si votre fœtus est rhésus D négatif comme vous, il n'y a aucun risque mais s'il est rhésus D positif et qu'aucune précaution n'est prise au cours de cette grossesse, vous risquez de développer des anticorps contre ses globules rouges : c'est l'allo-immunisation rhésus.

- Afin de prévenir cette immunisation, vous pourrez recevoir une ou plusieurs injections d'un produit (Rhopylac®) pour éliminer les globules rouges du fœtus qui seraient passés dans votre circulation sanguine et d'éviter ainsi une allo-immunisation. Cette injection sera réalisée si vous devez subir une biopsie de villosités choriales, une amniocentèse ou en toute autre circonstance à risque. Selon les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, une injection vous sera proposée à titre systématique à la 28^{ème} semaine de votre grossesse. Au moment de votre accouchement, le groupe sanguin du bébé sera déterminé et si celui-ci est rhésus D positif, vous recevrez de nouveau une ou plusieurs injections de Rhophylac®.

- Si votre fœtus est de groupe rhésus D négatif, vous n'êtes pas sujette au risque d'allo-immunisation rhésus D et par conséquent les injections de Rhophylac® sont inutiles. Si vous êtes déjà allo-immunisée, il n'y a aucun risque pour la grossesse actuelle.

- La détermination du groupe rhésus D du fœtus est possible par l'analyse génétique de l'ADN fœtal qui circule dans votre sang. Ce test peut être réalisé à partir de 10 semaines d'aménorrhée à titre préventif, pour définir la prise en charge des grossesses des femmes rhésus D négatif non immunisées, et à titre thérapeutique, pour déterminer quelles sont les femmes enceintes rhésus D négatif déjà immunisées qui doivent bénéficier d'un suivi spécifique spécialisé.

- Le diagnostic du RHD fœtal, est basé sur la détection dans le sang maternel de séquences nucléotidiques dérivées du gène RHD.

- Dans environ 1% des cas, le RHD fœtal ne peut pas être déterminé suite à la présence d'un gène RHD variant chez la mère.

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