CYTOGEN Biologie Médicale Spécialisée	Laboratoire de Cytogénétique 3 rue G. Marconi Bâtiment C 44822 St Herblain	**Consentement Rhésus Foetal dans ADN circulant maternel**	Ref : PRA-EN024-CN 02 Version : 02 Applicable le : 24-01-2022

MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM : ..... PRENOM : .....
ADRESSE : .....
CP : |_||_||_||_||_| Ville : .....
TEL : |_||_| |_||_| |_||_| |_||_| |_||_|

PATIENTE

NOM..... NOM DE NAISSANCE.....
PRENOM..... Sexe : ☐ F ☐ M
DATE DE NAISSANCE |_||_|/ |_||_| /|_||_|
ADRESSE.....
CP : |_||_||_||_||_| Ville .....
TEL : |_||_| |_||_| |_||_| |_||_| |_||_|

RENSEIGNEMENTS

Date de début grossesse : |_||_|/ |_||_|/ |_||_|

Semaines d'aménorrhée : |_||_| SA
Grossesse Gémellaire : Oui ☐ Non ☐
Allo immunisation Anti D connue : Oui ☐ Non ☐

Origine géographique :	Patiente	Conjoint
Europe	☐	☐
Afrique du Nord	☐	☐
Afrique sub-saharienne	☐	☐
Réunion	☐	☐
Antilles, Guyanne	☐	☐
Asie	☐	☐
Autre		

PRELEVEMENT

Date du prélèvement : |_||_|/ |_||_|/ |_||_|

☐ Premier prélèvement

☐ Prélèvement de confirmation (mettre la copie du premier prélèvement)

ATTESTATION DE CONSULTATION
Décret n°2008-321 du 4 avril 2008 – arrêté du 27 mai 2013

Je soussigné..... Docteur en médecine, conformément aux articles L2131-1 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour le (la) patiente sous nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques du test de dépistage du rhésus D fœtal à partir de l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

Fait à ..... le |_||_|/ |_||_| /|_||_|

Signature du médecin

CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUE D'UNE PERSONNE

(Conformément aux articles L2131-1 du code de la santé publique).

Je soussignée.....
Née le |_||_|/ |_||_| /|_||_|
Reconnais avoir reçu par le Dr :
.....

Les informations sur le dépistage du rhésus D fœtal à partir de l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel :

*Une situation d'incompatibilité foeto-maternel du rhésus D pour la grossesse en cours peut entraîner un risque d'anémie fœtale sévère en l'absence de suivi ou de traitement.

*Permet de diagnostiquer une éventuelle situation d'incompatibilité foeto-maternel pour la grossesse en cours et la mise en place d'une prise en charge adaptée le cas échéant.

*N'évalue que la présence du génotype RHD fœtal à l'exclusion de toute autre caractéristique fœtale.

*Ne peut se réaliser qu'à partir de la 11 SA, et peut nécessiter un second prélèvement à 15 jours d'intervalle en cas de résultat négatif ou indéterminé.

*L'existence pour cette technique de la possibilité d'un faux positif.

Pour cela, je consens à la réalisation de l'examen dépistage du rhésus D fœtal à partir de l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel.

L'examen sera effectué par un laboratoire autorisé par l'ARS pour les analyses de diagnostic prénatal.

Je suis informée que les résultats de cet examen me seront transmis par le Docteur sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle

Si une partie du prélèvement reste inutilisable après l'examen,

☐ Je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis consciente que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi.

Une copie de ce document est conservée par le prescripteur

Fait à .....
Le |_||_|/|_||_|/|_||_|

Signature de la patiente :