

DEMANDE, ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT EN VUE D'UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE GENOTYPAGE RHESUS D FœTAL A PARTIR DE SANG MATERNEL

Indication

Détermination :

☐ Première détermination

☐ Deuxième détermination

Information sur la grossesse et antécédent maternel

Particularités à spécifier si présentes :

☐ Allo-immunisation anti-D connue

☐ Grossesse multiple (si oui, nombre d'embryons évolutifs :)

☐ Jumeau évanescent

Date des dernières règles : / /

OU Date de grossesse : / /

ATTESTATION DE CONSULTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GENETIQUE

(Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales)

Je soussigné(e) Docteur OU Conseiller en génétique
(sous la responsabilité du Docteur) certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sous nommé(e) ou son représentant légal sur les caractéristiques de la maladie recherchée, les moyens de la diagnostiquer, les possibilités de prévention et de traitement et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) ou de sa tutelle dans les conditions prévues par le code de la santé publique (articles R1131-4 et 5).

Fait à le / /

Signature du médecin ou du conseiller en génétique :

Toute attestation non signée empêche la réalisation de l'examen

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

(Arrêté du 27 mai 2013 définissant les règles de bonnes pratiques applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales)

1 COPIE à donner au Laboratoire ; 1 COPIE à donner au patient ; ORIGINAL à conserver dans le dossier médical

IDENTIFICATION du PATIENT	IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si patient mineur ou majeur sous tutelle)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Date de naissance :	Lien avec le patient :

Je reconnais avoir été informée par le Docteur OU Conseiller en génétique sur le fait :

- qu'une situation d'incompatibilité fœto-maternelle du Rhésus D pour la grossesse en cours peut entraîner un risque d'anémie fœtale et/ou néonatale sévère en l'absence de suivi et/ou de traitement adéquat ;
- que lorsque la femme enceinte est RHD négative non immunisée, cet examen permet de juger si le fœtus est RHD positif afin d'envisager une administration d'immunoglobulines anti-D pendant la grossesse (au début du 3e trimestre et en cas d'événement favorisant le passage d'hématies fœtales dans la circulation maternelle) et le post-partum afin de prévenir une immunisation maternelle ;
- que lorsque la femme enceinte est RHD négative immunisée, cet examen permet de juger si un suivi rapproché biologique et échographique doit être mise en place ;
- que la technique utilisée dans notre laboratoire consiste à rechercher trois séquences spécifiques du gène RHD, absentes chez la majorité des individus RHD négatifs. Le système Rhésus étant très polymorphe, un gène RHD complet ou partiel mais non exprimé peut être retrouvé chez certains individus RHD négatifs (≈1 % des caucasiens, 82 % des populations d'Afrique noire, 99 % des populations asiatiques). Un résultat faux-positif (présence des trois séquences mais absence d'expression du gène) ou indéterminé (présence d'une ou deux séquences) est donc possible.
- que lorsque le résultat est négatif ou indéterminé, il est nécessaire de réaliser un prélèvement de confirmation 15 jours après et à au moins 15 semaines d'aménorrhée à partir de sang maternel ;
- que dans le très rare cas d'un jumeau évanescent (embryon qui disparaît en début de grossesse gémellaire), ceci peut provoquer un faux positif
- que le résultat me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin ou conseiller en génétique qui me l'a prescrit.

J'autorise, dans le respect du secret médical (items obligatoires) :

- la transmission des informations du dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen
- la conservation des données utiles dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL

la conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements (lorsque cette conservation est possible) et son utilisation éventuelle dans la poursuite de cette même démarche diagnostique

Si une partie du matériel biologique issu de mes/ses prélèvements reste inutilisée, j'autorise l'utilisation éventuelle de cet échantillon à des fins de recherche scientifique, de contrôle qualité, d'évaluation des performances, avec anonymisation totale.

☐ OUI

(Si non complété, considéré non par défaut)

Fait à le

Signature du médecin ou du conseiller en génétique :

Tout consentement non signé empêche la réalisation de l'examen