



RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES

Date de début de grossesse échographique : / / 20.....

Grossesse : unique gémellaire

Présence d'un jumeau évanescent : oui non ne sait pas

Origine géographique :

De la patiente : Europe Afrique Sub-Saharienne / Caraïbes Asie

Afrique du nord Moyen-Orient Autre :

Du procréateur : Europe Afrique Sub-Saharienne / Caraïbes Asie

Afrique du nord Moyen-orient Autre :

Demande :

1ère détermination : à partir de 11 semaines d'aménorrhée (SA)

2ème détermination : 15 jours au moins après la 1^{ère} détermination ET à partir de 16 SA

Indication :

Recherche d'une situation d'incompatibilité fœto-maternelle pour la grossesse en cours chez une patiente **connue allo-immunisée anti-D (RH1)**

Dépistage chez une patiente étant D négatif (RH :-1) **non immunisée** en vue d'une prophylaxie anti-D

DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE

Prescription médicale.

Copie de la carte de groupe sanguin de la patiente

Copie du résultat de la 1^{ère} détermination, s'il s'agit d'une 2^{ème} détermination

ATTESTATION DE CONSULTATION

Je soussigné(e)....., médecin / sage-femme

Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du code de la santé publique, certifie avoir reçu en consultation ce jour la patiente sous nommée afin de l'informer de l'intérêt de déterminer le génotypage RHD foetal sur plasma maternel par prélèvement veineux périphérique dès 11 SA.

Fait à :

Signature du médecin :

Le :

CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussignée Mme..... née le...../...../.....

- reconnais avoir reçu par le Dr des informations sur les caractéristiques du test de dépistage du Rhésus D foetal à partir de l'ADN foetal libre circulant dans le sang maternel, conformément à l'article L.2131-1 du Code de la santé Publique et au cours d'une consultation médicale en date du/...../.....
- accepte que l'analyse proposée soit réalisée à partir de l'ADN foetal dans un laboratoire autorisé conformément au décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal et qu'une partie du prélèvement soit conservée à des fins de contrôle de qualité ou scientifiques, conformément au décret 2007-1220 du 10 août 2007.
- déclare avoir compris que la technique peut parfois donner un résultat faussement positif et qu'un premier résultat négatif ou indéterminé devra être vérifié sur un second prélèvement maternel pour confirmation.
- déclare avoir compris que le résultat me sera communiqué uniquement par le médecin prescripteur identifié ci-dessus

Fait à :

Signature du patient adulte
ou du représentant légal :

Le :

Page 1 sur 1