Détermination du Génotype RHD fœtal à partir du sang maternel

Bon de demande, consentement et attestation de consultation réf DE-ENR-008 v1

PATIENTE

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Nom de naissance :.....

Date de naissance : ...../...../.....

Mail : .....

Tél : .....

Poids : ..... kg Taille : ..... cm

PRESCRIPTEUR

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Ville : ……

Mail : .....

Tél : .....

RPPS : .....

RENSEIGNEMENTS

Date de début de Grossesse : …….…/……/……

Terme (SA) : …….....

Grossesse : ☐ Monofoetale ☐ Gémellaire

Jumeau évanescent : ☐ Oui ☐ Non

Patiente suivie au CNRHP : ☐ Oui ☐ Non

Origine géographique :	Patiente	Conjoint
Europe	☐	☐
Afrique du Nord	☐	☐
Afrique subsaharienne / Caraïbes	☐	☐
Asie	☐	☐
Moyen-Orient	☐	☐

Autre : (préciser) ……...

☐ 1ère détermination : à partir de la 11ème SA

☐ 2ème détermination : à partir de la 15ème SA ET au moins 2 semaines après la 1ère détermination

INDICATION

☐ Dépistage en vue d'une prophylaxie anti-D (limitée aux femmes enceintes RhD négatif)
- Systématique à 28SA
- Ciblée en cas en cas d'évènement à risque

☐ Prise en charge d'une patiente allo-immunisée RhD (joindre copie résultats RAI et titrage pondéral)

☐ Autre : .....

IMPORTANT : CHECK LIST AVANT ENVOI

- ✓ Echantillons : 2 tubes de sang total **EDTA avec GEL SEPARATEUR**
- ✓ Prescription médicale (préciser si 1ère ou 2ème détermination)
- ✓ S'il s'agit d'une 2ème détermination : copie du compte-rendu de la première détermination
- ✓ Ce document dûment complété et signé par la patiente et le prescripteur
- ✓ Copie du résultat du groupe sanguin de la patiente

Date de prélèvement : ……/……/…….. Heure : .....

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Je soussignée Mme…….....de groupe sanguin Rhésus D négatif, certifie avoir reçu par le Docteur en Médecine / la Sage-Femme ……... 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 au cours d'une consultation médicale en date du ……/……/……., conformément au décret n°2008-321 du 4 avril 2008 – arrêté du 27 mai 2013 et à l'article L.2131-1 du Code de la santé Publique. Les informations suivantes m'ont été communiquées :

- Une situation d'incompatibilité fœto-maternel du rhésus D (RHD) pour la grossesse en cours peut entrainer un risque d'anémie fœtale sévère en l'absence de suivi ou traitement
- Cet examen permet de diagnostiquer une éventuelle situation d'incompatibilité fœto-maternelle pour la grossesse en cours et la mise en place d'une prise en charge adaptée le cas échant (immunoprophylaxie).
- Cet examen n'évalue que la présence du gène RHD basé sur la détection dans le sang maternel de séquences nucléotidiques dérivées du gène RHD fœtal à l'exclusion de toute autre caractéristique génétique fœtale.
- Cet examen sera réalisé dans un laboratoire autorisé par l'Agence Régionale de Santé à le pratiquer.
- Une prise de sang est réalisée au cours de la grossesse à partir de la 11eme SA. Cette dernière ne comporte aucun risque pour la grossesse ou le fœtus.
- Dans de rares cas, le génotype fœtal ne peut pas être déterminé.
- Un 2eme prélèvement peut être nécessaire à partir de la 15eme SA et 15 jours après la 1ere détermination si le résultat de cette dernière est négatif ou indéterminé
- La technique utilisée peut donner un résultat faussement positif ou indéterminé dans de très rares cas, dû à la présence de variants complexes.
- Le résultat me sera rendu et expliqué par le prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal.
- Je suis informée que les résultats de cet examen me seront transmis par le praticien sus-nommé dans le cadre d'une consultation individuelle.

Je consens à la réalisation de l'examen de génétique relatif au Rhésus D fœtal à partir de l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel

Signature de la patiente : Date :

ATTESTATION DE CONSULTATION

Je soussigné(e) …….....
Docteur en Médecine / Sage-Femme, atteste avoir reçu ce jour en consultation la patiente sus-nommée afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques du test de dépistage du Rhésus D fœtal à partir du sang maternel, conformément à l'article L.2131-1 du Code de la santé Publique.

Signature du Médecin ou de la Sage-Femme : Date :