



Mentions obligatoires concernant le prélèvement

Prélevé le : à h

NOM du Préleveur : _____

NOM du Prescripteur : _____

Tél. ou Bip : _____

IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE (A remplir impérativement)

<input type="checkbox"/> AUTOIM	Bilan de Thrombopénie auto-immune	<p>- 1 tube sec 10 ml (attendre 3 semaines pour faire le bilan après une injection d'IgIV)</p> <p>- ET Tubes EDTA (quantité en fonction num plaq. Num. plaquettaire > 100 000/mm³, 15 ml ; 50 à 100 000/mm³, 20 ml ; 30 à 50 000/mm³, 30 ml ; < 30 000/mm³, 40 ml) (attendre 5 jours pour faire le bilan après une transfusion de plaquettes)</p>
<input type="checkbox"/> TNN	Bilan d'allo-immunisation foeto-maternelle plaquettaire familiale : Père Mère Enfant	<p>(sur rendez-vous tél. : 02.40.08.40.88)</p> <p>Consentement (s) à signer au verso pour chaque membre de la famille (x3) fiches renseignements cliniques et prélèvements disponibles sur le manuel de prélèvement</p>
<input type="checkbox"/> CMFPOO	Bilan de transfusion inefficace	<p>1 tube EDTA 5 ml 1 tube sec 10 ml</p>
Numération plaquettaire : _____ Date : Transfusions plaquettes : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date : Transfusions autres produits : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date : Injection immunoglobulines IV : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date :		

IMMUNOLOGIE GRANULOCYTAIRE (A remplir impérativement)

<input type="checkbox"/> NAI	Neutropénie auto-immune	<p>1 tube EDTA 5 ml 1 tube sec 10 ml consentement(s) à signer au verso</p>
<input type="checkbox"/> NNN	Bilan d'allo-immunisation foeto-maternelle granulocytaire familiale Père Mère Enfant	<p>(sur rendez-vous tél. : 02.40.08.40.88)</p> <p>Consentement (s) à signer au verso pour chaque membre de la famille (x3) fiches renseignements cliniques et prélèvements disponibles sur le manuel de prélèvement</p>
<input type="checkbox"/> TRALIR	Bilan de réaction transfusionnelle	<p>1 tube EDTA 5 ml 1 tube sec 10 ml</p>
Numération leucocytaire : _____ Date : Formule : % de neutro : _____ ; X 10 ³ µl		

UNITE DE SOINS

NUMERO PATIENT

LABORATOIRE

CONSENTEMENT POUR UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES

Pour une personne majeure

(décret n° 2000-570 du 23 juin 2000)

Je soussigné (e) Mme, Mr

.....
.....

Après avoir reçu les informations nécessaires du Dr
sur la nature et la portée de l'examen proposé :

analyse de génétique moléculaire en rapport avec le bilan immunologique leuco-
plaquettaire,

.....
.....

donne un consentement libre et éclairé pour la réalisation de cet examen des
caractéristiques sur ma personne.

- Je souhaite

- Je ne souhaite pas

connaître les résultats de ces examens qui me seront communiqués par le
Dr

- Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans
mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel.

- Je peux à tout moment demander que l'étude génétique entreprise soit
interrompue et que le sang prélevé (ou les produits de celui-ci, notamment l'ADN
extrait) soit détruit.

A :

Le :

Signature :

Pour une personne mineure

(décret n° 2000-570 du 23 juin 2000)

Nous soussignés Mme

Mr

Titulaires de l'autorité parentale pour l'enfant

.....

Après avoir reçu les informations nécessaires du Dr
sur la nature et la portée de l'examen proposé :

analyse de génétique moléculaire en rapport avec le bilan immunologique leuco-
plaquettaire,

.....
.....

donnons un consentement libre et éclairé pour la réalisation de cet examen des
caractéristiques génétiques chez notre enfant.

- Nous souhaitons

- Nous ne souhaitons pas

connaître les résultats de ces examens qui nous seront communiqués par le
Dr

- Nous consentons au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues
dans son dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel.

- Nous pourrions à tout moment demander que l'étude génétique entreprise soit
interrompue et que le sang prélevé chez notre enfant (ou les produits de celui-ci,
notamment l'ADN extrait) soit détruit.

A :

Le :

Signature :

