 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	DOCUMENT INFORMATIF	Diffusion par : PHU 07 - Biologie - IMMUNOLOGIE	9108-DI-013
	<b>Bilan de thrombopénie néonatale alloimmune</b>	Processus : *Métier Biologie\Pré-analytique	Page 1 / 1

## BILAN DE THROMBOPENIE ALLOIMMUNE

Suspicion d'alloimmunisation foeto-maternelle chez un enfant < 6 mois

→ **SUR RENDEZ-VOUS** ←

→ Réception des prélèvements du **Lundi au Jeudi, et avant 10h le Vendredi** ←  
**Prévenir de l'envoi par téléphone : 02 40 08 40 88 / 02 40 08 40 61**

### Mère

- 10 ml tube sec
- 20 ml tube EDTA

### Père

- 20 ml tube EDTA

### Nouveau né

- 1 à 3 ml tube EDTA

Envoi à température ambiante

**Non traitable si réception > 24h  
du prélèvement**

Merci de joindre aux prélèvements une feuille de consentement signée pour chaque individu prélevé ainsi qu'une fiche médicale précisant leurs noms, prénoms, dates de naissance ainsi que le nom du **médecin prescripteur**.

**Adresse d'envoi :** CHU Nantes - Laboratoire d'Immunologie  
9 quai Moncousu 44093 Nantes cedex 01  
**Tél. : 02.40.08.40.88 – 02.40.08.40.61** Fax. : 02.40.08.42.14

### COTATION DE L'ANALYSE

La cotation d'un bilan de thrombopénie néonatale alloimmune varie en fonction des prélèvements reçus au laboratoire, et également en fonction des résultats d'analyse obtenus.

#### MERE

- ✓ **Phénotypage** : 0160 (B200)
- ✓ **Génotypage** : 0160 (B200) par groupe testé (4 maximum)
- ✓ **Auto-immunité maternelle** :
  - Dépistage Ig fixées sur plaquettes : 1478 (B100)
  - Si dépistage positif, Identification Ig fixées sur plaquettes : 1479 (B100) par glycoprotéine testée (3 maximum)
- ✓ **Allo-immunité maternelle** :
  - Xmatch sur plaquette du père : 0162 (B100) par glycoprotéine testée (4 maximum)
  - Dépistage sérique sur panel plaquettaire : 0162 (B100) par glycoprotéine testée (3 maximum)
  - Si dépistage et/ou Xmatch positif, Identification sur panel plaquettaire : 0163 (B300) par glycoprotéine testée (3 maximum)

#### PERE

- ✓ **Phénotypage** : 0160 (B200)
- ✓ **Génotypage** : 0160 (B200) par groupe testé (4 maximum)

#### ENFANT

- ✓ **Génotypage** : 0160 (B200) par groupe testé (4 maximum)

REDACTEUR(S)	APPROBATEUR(S)	Date d'application
Hans KERCHROM (Ingénieur en biologie médicale - PHU 07 - Biologie\Immunologie)	Marie AUDRAIN (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie)	10/09/2021



IMPRIME

**Fiche de renseignements cliniques : bilan d'allo-immunisation foetomaternelle plaquettaire**

Diffusion par :

PHU 07 - Biologie -  
IMMUNOLOGIE

Processus :

\*Métier BiologieAnalytique

*A remplir par le prescripteur et à joindre au bon de demande du laboratoire d'immunologie plaquettaire et à la fiche de liaison***Identités patients**

	<i>Nom de naissance</i>	<i>Prénom</i>	<i>DDN</i>
Identité enfant :			
Identité maman :			
Identité papa :			

**Renseignements cliniques**

<b>ATCD obstétricaux de la mère</b>	<i>oui/non</i>	<i>date</i>	<i>taux de plaquettes (nadir)</i>	<i>hémorragies</i>	<i>HIC</i>	<i>traitement</i>
ATCD d'allo-immunisation plaq						
ATCD de MFIU						
ATCD de PTI						
ATCD de MAI			laquelle :			
ATCD de transfusions			produits :			
<b>Grossesse en cours</b>	<b>Parité : G....P....</b>					
Date de début			PMA : O/N			
anomalies écho	oui/non	lesquelles				
taux de plaq						
traitement IV Ig	oui/non	date début		date fin		dose
traitement stéroïdes	oui/non	date début		date fin		dose
voie d'accouchement		Terme		poids		
<b>Enfant (nom-prénom)</b>	J0	J..	J..	J..	J..	J..
date						
taux plaq						
infection (laquelle)						
hémorragies (lesquelles)						
HIC						
traitement IV Ig et dose						
transfusion (type et dose)						



## Fiche de liaison : bilan d'allo-immunisation foetomaternelle plaquettaire

Processus : \*Métier Biologie\Post-analytique\Edition et transmission des résultats

A remplir par le prescripteur et à joindre au bon de demande du laboratoire d'immunologie plaquettaire et à la fiche de renseignements cliniques

Identités patients			
	Nom de naissance	Prénom	DDN
Identité enfant :			
Identité maman :			

Identité prescripteur					
	Nom	Prénom	Téléphone	Service	Hôpital
Adresse mail :					
Adresse postale :					

Personnes à qui communiquer les résultats : (à identifier avec accord de la maman)					
	Nom	Prénom	Téléphone	Mail	Adresse
<b>Référents enfant :</b>					
Néonatalogiste					
Pédiatre/Généraliste					
<b>Référents maman :</b>					
Obstétricien					
Sage-femme					
Médecin généraliste					
Référent CPDPN du lieu d'accouchement :					
Référent obstétricien du lieu d'accouchement :					
Correspondant EFS du lieu d'accouchement :					
Correspondant biologiste du lieu d'accouchement :					

A compléter par le labo

Résultats envoyés  
(fait oui/non)

OUI/NON

OUI/NON

OUI/NON

OUI/NON

OUI/NON

OUI/NON

OUI/NON

OUI/NON

**CONSENTEMENT POUR L'EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE ET LA  
CONSERVATION DES ECHANTILLONS DANS UNE BANQUE D'ADN OU UN CENTRE DE RESSOURCES BIOLOGIQUES**

<b><u>IDENTIFICATION du PATIENT</u></b> (étiquette)	<b><u>IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si mineur ou majeur sous tutelle)</u></b>
	Nom : ..... Prénom.....
	Date de naissance : .....
	Lien avec le patient : .....

Je soussigné(e) reconnais avoir été informé(e) par le :

- Docteur.....
- Conseiller en génétique ..... en délégation du .....

quant à l'examen des caractéristiques génétiques qui sera réalisé à partir :

- Du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur moi-même
- Du (des) prélèvement(s) pratiqué(s) sur mon enfant mineur ou sur la personne majeure placée sous tutelle

Pour (préciser obligatoirement l'indication et la nature de l'examen réalisé) :

Je reconnais avoir reçu l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet examen et sa finalité.

Le résultat de l'examen me sera rendu et expliqué en l'état actuel des connaissances par le médecin qui me l'a prescrit. Ce dernier m'expliquera les moyens de prise en charge nécessaire le cas échéant.

J'autorise, dans le respect du secret médical :

- ✓ La transmission des informations de mon/son dossier médical nécessaires aux médecins concernés par cet examen des caractéristiques génétiques :                            oui                     non
- ✓ L'utilisation des résultats par le médecin prescripteur au profit des membres de ma/sa famille si ces résultats apparaissent médicalement utiles pour eux :                            oui                     non
- ✓ La conservation d'un échantillon de matériel biologique issu de mes/ses prélèvements et son utilisation ultérieure pour poursuivre les investigations dans le cadre de cette même démarche diagnostique, en fonction de l'évolution des connaissances. :                            oui                     non
- ✓ La conservation des données utiles à la gestion de la démarche diagnostique et de mon/son dossier dans des bases de données informatiques déclarées à la CNIL. :                            oui                     non

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'opposition, d'accès et de rectification par l'intermédiaire du .....

***Tout consentement non signé ou non renseigné dans son intégralité empêche la réalisation de l'examen***

<b><u>Fait à</u></b> .....	<b><u>Nom, prénom et signature du patient ou de son représentant légal :</u></b>
<b><u>Le</u></b> .....	Monsieur/Madame.....
	<b><u>Signature du patient mineur ou majeur sous tutelle (si possible) :</u></b>

**ATTESTATION DE CONSULTATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR OU DU CONSEILLER EN GENETIQUE\***

<b>IDENTIFICATION du PATIENT</b> (étiquette)	<b>IDENTITE du REPRESENTANT LEGAL (Si mineur ou majeur sous tutelle)</b>  NOM.....  Prénom.....
--	---

Je certifie avoir informé le (ou la) patient(e) sus 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, le stockage de son prélèvement, 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)

Date : .....

Signature et cachet du médecin ou du conseiller en génétique :

**\*RAPPEL CONCERNANT LA LEGISLATION**

- **Loi n° 2004-800 du 6 août 2004** relative à la bioéthique

(Conformément à la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 fixant les conditions de prescription et de réalisation des examens des caractéristiques génétique d'une personne) :

**Le médecin prescripteur** doit conserver :

- le consentement écrit
- les doubles de la prescription et de l'attestation
- les comptes-rendus d'analyses de biologie médicale commentés et signés (Art. R1131-5).

**Le laboratoire autorisé** réalisant les examens doit :

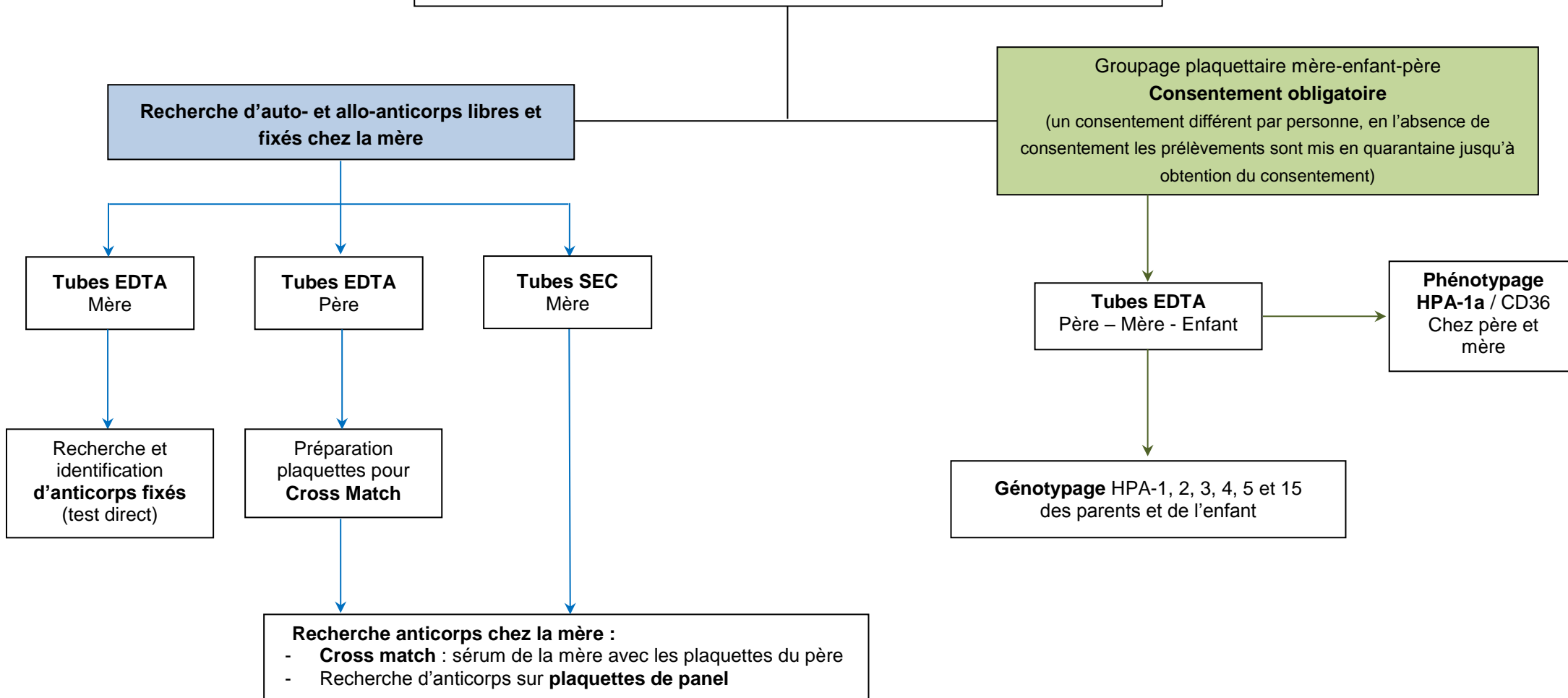
- disposer de la prescription et de l'attestation du prescripteur (Décret n°2008-321 du 4 avril 2008)
- adresser, au médecin prescripteur, seul habilité à communiquer les résultats à la personne concernée (article L1131-1-3), le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé
- adresser, le cas échéant, au laboratoire qui a transmis l'échantillon et participé à l'analyse (article L. 6311-19), le compte-rendu d'analyse de biologie médicale commenté et signé par un praticien responsable agréé

- **Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011** relative à la bioéthique

- **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

- **Décret n° 2013-527 du 20 juin 2013** relatif aux conditions de mise en œuvre de l'information de la parentèle dans le cadre d'un examen des caractéristiques génétiques à finalité médicale

**Examens réalisés dans un bilan de Thrombopénie fœtale/néonatale par allo-immunisation foetomaternelle plaquettaire**



REDACTEUR(S)	VERIFICATEUR(S)	APPROBATEUR(S)	Date d'application
Marie AUDRAIN (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie)	Marie RIMBERT (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie)	Caroline HEMONT (Biologiste - PHU 07 - Biologie\Immunologie)	07/10/2021