

Secteur de Biologie Moléculaire

Tél : 01.71.97.03.09 Fax : 01.71.97.03.29

NOM DE NAISSANCE:

NOM USUEL :

Prénom :

D. N :

Adresse :

Tél :

Laboratoire demandeur :

Adresse :

.....

.....

Tél : Fax :

Prescripteur / Etablissement :

Dr :

Adresse :

.....

.....

Tél : Fax :

DEMANDE DE TYPAGE GENIQUE

d'HOMOZYGOTIE/HETEROZYGOTIE AU LOCUS RHD

Joindre photocopie de la carte de groupe sanguin du patient

A PARTIR DE SANG TOTAL

Prélèvement : 2 tubes 5 à 7 ml de sang total EDTA

Délai transmission : 72 H

Date du prélèvement :

Nom du préleveur :

Préciser l'origine géographique familiale :

Père :

Mère :

Je soussigné Dr :, déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le statut d'homozygotie/hétérozygotie pour diagnostiquer une situation d'incompatibilité foeto-maternelle probable lors d'une nouvelle grossesse.

Je soussigné :

accepte que l'analyse proposée soit réalisée à partir de mon sang dans un laboratoire spécialisé et agréé et qu'une partie du prélèvement soit conservée à des fins de contrôle de qualité ou scientifiques, conformément à la loi (Art.16-10 loi n°94-653/Art.16-1 et 16-6 du code civil).

J'accepte volontairement ce bilan. Je sais que je peux le refuser sans en indiquer les raisons. Je sais que ces informations m'appartiennent et qu'elles ne peuvent être transmises à un tiers sans mon accord.

Fait à Le :

Cachet du service et signature du Prescripteur :

Signature de la Patiente :

Un volet de facturation disponible sur le site CNRHP.fr est à joindre à cette feuille de demande. En son absence, la facturation est établie à l'encontre de l'établissement demandeur. Pas de facturation au patient.