Formulaire N°27 — **CHUV – HEMATOLOGIE-RhD fœtal**

8 4 2 1 | 8 4 2 1 | 8 4 2 1 | 8 4 2 1 | 8 4 2 1 | 8 4 2 1 | 8 4 2 1

Barcode-Etikett für das CHUV

Centre hospitalier Universitaire vaudois
Service d'hématologie

Réception des laboratoires: BH / 18 / 100
1011 Lausanne

Tél. : 021 314 **42 09** (Biologie moléculaire)
Fax : 021 314 **41 80**
PP 439
http://www.chuv.ch/analyse

Ouverture du laboratoire
Lundi-Vendredi 08h00-17h00

Patient
Name : ……
Vorname : ……
Geburtsdatum :
……
Strasse :
……
PLZ / Ort :
……
V/réf. : ……

Rechnung an :
☐ Patient ☐ Auftragsgeber

Datum und Uhrzeiten der Probenahme unverzichtbar

Tag : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 / 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Monat : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Std: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 / 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 — Min. : 15 30 45

BEFUNDKOPIE AN
Name des Arztes : ……
Abteilung, Adresse :
……
……

AUFTRAGSGEBER
Name des Arztes : ……
Abteilung, Adresse :
……
Tél. : ……

Molekulare Genotypisierung des fötalen erythrozytären Antigens (RHD) aus mütterlichem Plasma.

Unverzichtbare Informationen:

Schwangerschaftswoche (SW), : …… (> 12 SW)

Geburtshilfliche Vorgeschichte:. : ……G ……P

RhD Gruppe der Mutter : ……

Bekannte Anti-D Alloimmunisierung : ja / **nein**

Ethnische Zugehörigkeit: Vater : …… Mutter : ……

⚠ Pränataler genetischer Test – Obligatorische Unterschriften

Ich, der oder die Unterzeichnete Dr:
……

erkläre hiermit, dass ich die Patientin über den Sinn der Bestimmung der fötalen Blutgruppe aufgeklärt habe. :

☐ zur Beurteilung der Notwendigkeit einer vorgeburtlichen Rh-Immunoprophylaxe, wenn die Patientin RhD negativ und nicht immunisiert ist

☐ um eine föto-maternale Inkompatibilität einer aktuellen Schwangerschaft bei einer RhD immunisierte Patientin zu diagnostizieren

Ich, die Unterzeichnete ……

☐ stimme zu, dass die vorgeschlagene Analyse mit fötaler DNA durchgeführt wird, und dass mir bewusst ist (1) dass die Testtechnik manchmal ein falsch positives Ergebnis ausgeben kann, und (2) dass ein erstes Ergebnis dazu führen kann eine zweite mütterliche Blutprobe zur Bestätigung anzufordern.

☐ ...genehmige die Aufbewahrung der Probe :

☐ Bis zum Ende der Schwangerschaft, zwecks Qualitätskontrolle oder zusätzlichen Analysen.

☐ ohne limitierte Aufbewahrungszeit, zwecks Forschung und Entwicklung von medizinischen Analysen.

☐ ...genehmige die Aufbewahrung nicht

Jede konstitutionelle genetische Untersuchung muss von einer genetischen Beratung begleitet werden (Gendiagnostikgesetz-GUMG).

Unterschrift und Stempel des auftragsgebende Arztes :

Unterschrift der Patientin:

Material und Einsendung

Blut - EDTA – 2 X 7.5 ml

Montag bis Donnerstag: EXpress. Bei Raumtemperatur!
Freitag: Intercity-Express oder Kurier : Proben, die nach 14Uhr eingehen, werden nicht mehr angenommen.
Am Freitag, bitte die Proben per Telefon ankündigen : 021 314 42 09.

VS-07.2021 — CHUV Labo- LCH — N° d'article CHUV:

LID
Nom Prénom