

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	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1				
<input type="text"/>																																															



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

Date et heure du prélèvement indispensable

Jour : 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

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

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

Patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance complète :

Adresse complète :

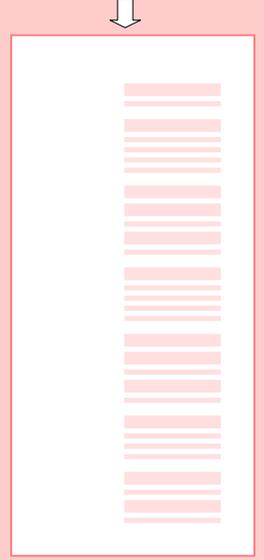
N° postal / Localité :

V/réf. :

Facture :

Patient Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



COPIE(S) A

Nom du médecin :

Service, adresse :

DEMANDEUR

Nom du médecin :

Service, adresse :

Tél. :

Génotypage moléculaire de l'antigène RhD fœtal à partir de plasma maternel

Informations indispensables:

Age de la grossesse (SA), : (doit être > 12 SA) Groupe Rhésus de la mère :

Antécédents obs. : G P Alloimmunisation anti-D connue : **oui / non**

Origine ethnique familiale: Père : Mère :

Test génétique prénatal - Signatures obligatoires

Je soussigné(e) Dr:

Je soussignée Mme

déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le groupe sanguin fœtal :

pour juger s'il y a lieu de recourir à une **immuno-prophylaxie Rh** anténatale, la patiente étant RhD négatif **non immunisée**

pour diagnostiquer une situation **d'incompatibilité foeto-maternelle** pour la grossesse en cours chez la patiente **immunisée**

accepte que l'analyse proposée soit faite à partir de l'ADN du fœtus et déclare avoir compris que (1) la technique d'analyse peut parfois donner un résultat positif en excès (ou faux-positif) et (2) qu'un premier résultat peut conduire à demander un second prélèvement de sang maternel pour confirmation.

autorise la conservation de l'échantillon :

Jusqu'à la fin de la grossesse, à des fins de contrôle qualité ou en cas d'ajout d'analyse.

Sans limite de temps, pour la recherche et le développement d'analyses médicales.

n'autorise pas la conservation de l'échantillon qui doit être détruit immédiatement après analyse.

Chaque test de génétique constitutionnelle doit s'accompagner d'un conseil génétique (Loi sur l'analyse génétique humaine - LAGH).

Signature et tampon du médecin demandeur :

Signature de la patiente:

Matériel et envoi

Sang - EDTA – 2 X 7.5 ml

Du lundi au jeudi: EXpress. Garder à température ambiante!
Vendredi: Intercity-Express ou coursier : les prélèvements reçus après 14h00 ne pourront être pris en charge. Le vendredi, annoncer le prélèvement par téléphone : 021 314 42 09.

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

