

**Bon de demande**  
**Génotypage Rhésus D fœtal**  
 à partir du sang maternel

**Secrétariat médical**

78 avenue de Verdun - 94200 Ivry-sur-Seine  
 Tél. : +33 (0)1 49 59 16 16  
 Fax : +33 (0)1 49 59 17 98  
 E-mail : secretariatmedical@biomnis.com

Correspondant

**PATIENTE**

Nom : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 CP : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
 Tél : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**PRESCRIPTEUR**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 .....  
 CP : [ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
 Tél : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
 Email : .....

*Joindre la photocopie de la carte de groupe sanguin de la patiente*

Date des dernières règles : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Date de début de grossesse : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**ANALYSE DEMANDÉE**

**Génotypage du Rhésus D fœtal (RH1)**

**DÈS 11 SA SUR 10 ML DE SANG MATERNEL (prélèvement sur EDTA) - Délai transmission : 72 H**

**Date du prélèvement :** [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**Nom du préleveur :** .....

Si amniocentèse prévue : **Date :** [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**Préciser l'origine géographique familiale :**

● **Patiente :**

- Europe
- Afrique du Nord
- Afrique / Caraïbes
- Moyen-Orient
- Asie
- Autre : .....

● **Procréateur :**

- Europe
- Afrique du Nord
- Afrique / Caraïbes
- Moyen-Orient
- Asie
- Autre : .....

**Grossesse**     mono-fœtale     gémellaire

**Patiente avec une allo-immunisation anti-D connue**     NON

OUI *Joindre la copie de résultat RAI*

**Patiente suivie au CNRHP\***     NON

OUI

\* Centre National de Référence et Hémobiologie Périnatale

**Bon de demande**  
**Génotypage Rhésus D fœtal**  
à partir du sang maternel

**ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

Je soussigné (*nom du prescripteur*) ....., atteste avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le groupe sanguin fœtal, conformément à l'article L.2131-1 du Code de la Santé Publique, et au cours d'une consultation médicale en date du      :

- pour diagnostiquer une éventuelle situation d'incompatibilité fœto-maternelle pour la grossesse en cours et enclencher la prise en charge adaptée, le cas échéant
- pour juger s'il y lieu de recourir à une immuno-prophylaxie Rh anténatale, la patiente étant Rh D Négatif non immunisée.

Je soussigné Mme ..... accepte que l'analyse proposée soit faite à partir de l'ADN du fœtus, dans un laboratoire autorisé à pratiquer le diagnostic prénatal, conformément au décret 2006-1661 du 22 décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal.

Je déclare avoir compris :

- qu'une situation d'incompatibilité fœto-maternelle du Rhésus D pour la grossesse en cours peut entraîner un risque d'anémie fœtale et/ou néonatale sévère en l'absence de suivi et/ou de traitement adéquat,
- que la technique d'analyse :
  - ne recherche que la présence du génotype *RHD* fœtal à l'exclusion de toute autre anomalie génétique fœtale
  - peut parfois donner un résultat positif en excès (ou faux positif),
  - qu'un premier résultat négatif ou indéterminé nécessite un second prélèvement de sang maternel pour confirmation (JO 22 juin 2017).

Le résultat me sera rendu et expliqué par le prescripteur ou un autre praticien ayant l'expérience du dépistage prénatal.

Fait à ..... Le .....

Conformément aux textes en vigueur (décret 2007-1220 du 10 août 2007), mon prélèvement sera éliminé à l'issue du délai légal de conservation ou utilisé par le laboratoire, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité. Je peux m'opposer à cette utilisation par simple courrier adressé au Laboratoire à l'attention du secrétariat médical.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le prescripteur.

Une copie de ce document m'est remise.

La deuxième copie est remise au Laboratoire qui effectuera l'analyse. Il conservera ce document dans les mêmes conditions que le compte-rendu de l'examen.

Fait à ..... Le .....

**Signature du prescripteur**

**Signature de la patiente**



**Important**

Avant d'envoyer le prélèvement au laboratoire Eurofins Biomnis, merci de bien vérifier que vous transmettez les documents ci-joints :

- Photocopie de la carte de groupe de la patiente (celle du conjoint est facultative)
- Prescription médicale "Génotypage rhésus D fœtal à partir du sang maternel"
- Attestation de consultation médicale et consentement de la patiente en page 1 de ce présent formulaire

**NB : Nous préciser si la patiente est déjà connue immunisée anti-RH1.**