

DEMANDE D'EXAMEN IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE ET CONSENTEMENT - HPA



LBM ETS HFNO Site de Caen 1 rue du Pr Joseph Rousselot – 14000 Caen Tél : 02.31.53.53.20/23 - Fax : 02.31.53.53.19		
Manuel de prélèvement du laboratoire sur Internet en bas de la page https://www.efs.sante.fr/lefs-en-hauts-de-france-et-normandie#anchor-block-1434	Réservé au laboratoire Numéro échantillon (coller l'étiquette code-barres) Réception / horodatage :	
Identité du patient	Prescripteur	
(coller une étiquette ou renseigner) Nom de naissance : Nom marital ou d'usage : Prénom : Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : ☐ M ☐ F ☐ I N° identifiant unique :	Etablissement ou LBM : Service ou adresse : Code service (UF/UA/UH) : Téléphone : Nom du prescripteur : Qualité : Date de prescription : ____ / ____ / ____	
Urgence ☐	Prélèvement	
Préciser impérativement le motif de l'urgence Résultats à communiquer : ☐ Par FAX N° :	Date de prélèvement : ____ / ____ / ____ Heure :H Nom du préleveur : Qualité : ☐ technicien ☐ IDE ☐ IADE ☐ Médecin ☐ Biologiste ☐ EIDE ☐ Sage-femme ☐ Interne Signature :	
EXAMENS DEMANDÉS Joindre OBLIGATOIREMENT un consentement éclairé pour Typage HPA (art.R.1131 Code Santé Publique)		
EXPLORATION D'INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE/ THROMBOPENIE NEONATALE Consentement OBLIGATOIRE au verso	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Suivi de grossesse : ☐ OUI ☐ NON DDG : ____ / ____ / ____ Contexte : ☐ Fausse-couche ☐ Mort in-utero ☐ Hémorragie intracrânienne ☐ Thrombopénie néonatale ☐ Autre : Nom de l'enfant : Numération plaquettaire : G/L Nom de la mère : Nom du père : Enfant : ☐ Typage HPA (consentement) minimum 1 ml tube EDTA Mère : ☐ Recherche d'Ac anti plaquettaires 4 tubes EDTA + 2 tubes secs Typage HPA (consentement) Père : ☐ Cross-match plaquettaire 4 tubes EDTA Typage HPA (consentement)	
THROMBOPENIE ISOLEE/ SUSPICION DE PURPURA THROMBOPENIQUE IMMUN	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Numération plaquettaire du patient :G/L Contexte : ☐ Maladie auto-immune : ☐ Grossesse ☐ Suspicion PTI Traitement en cours : Date dernière transfusion : ____ / ____ / ____ ☐ Recherche d'Ac anti plaquettaires fixés et circulants 4-6 tubes EDTA + 1 tube sec	
ETAT REFRACTAIRE PLAQUETTAIRE/ SUSPICION DE PURPURA POST TRANSFUSIONNEL	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Numération plaquettaire du patient :G/L Date dernière transfusion : ____ / ____ / ____ ☐ Recherche d'Ac anti plaquettaires 4 tubes EDTA + 1 tube sec	
THROMBOPATHIE (Glanzmann, Bernard Soulier, autres...)	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Numération plaquettaire du patient :G/L Date dernière transfusion : ____ / ____ / ____ ☐ Recherche d'Ac anti plaquettaires 4 tubes EDTA + 1 tube sec	
CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS		
Demande conforme : ☐ OUI ☐ NON ☐ Type de non-conformité : ☐ Service averti par téléphone ☐ Service averti par FAX ☐ Demande régularisée ☐ Dérogation ☐ Demande refusée	Nombre d'échantillons transmis : Identité concordante sur tous les tubes transmis : ☐ OUI ☐ NON Réceptionné par :	Revue de la demande : Signature ou visa :

DEMANDE D'EXAMEN IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE ET CONSENTEMENT - HPA

ATTESTATION DE CONSULTATION ET CONSENTEMENT en vue de la réalisation d'un examen de génotypage plaquettaire

2 exemplaires : 1 exemplaire à envoyer au laboratoire avec le prélèvement et 1 exemplaire à conserver dans le dossier médical

ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné, certifie avoir reçu ce jour le (ou la) patient(e) nommé(e) ci-dessous et l'avoir informé(e) ainsi que son représentant légal sur les caractéristiques génétiques recherchées, les techniques employées, le degré de fiabilité des analyses, les possibilités de prévention et de traitement, les modalités de transmission génétique et leurs possibles conséquences chez d'autres membres de sa famille, et avoir recueilli le consentement du (ou de la) patient(e) dans les conditions de l'article R.1131-4 du Code de la santé publique et de l'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.

Fait à le ____/____/____

Signature et Tampon du médecin

CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'EXAMENS DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES D'UNE PERSONNE

Identité Patient : Nom de naissance : Nom Marital : Prénom :
Date de naissance : .../.../....

Je soussigné(e)(s) M et/ou Mme né(e)(s) le

- ☐ Patient concerné par l'examen ☐ Titulaire(s) de l'autorité parentale du patient ci-dessus
☐ Représentant légal du patient identifié ci-dessus

Reconnais avoir reçu du médecin prescripteur, l'ensemble des informations nécessaires sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés de sorte à adapter la prise en charge médicale dans le cadre d'un bilan de thrombopénie néonatale.

Je consens pour cela au prélèvement qui sera effectué sur moi ou sur le patient ci-dessus identifié et à la réalisation des examens des caractéristiques génétiques associés (ceux-ci étant réalisés dans un laboratoire autorisé par des praticiens agréés).

Je suis informé(e) que les résultats de l'examen des caractéristiques génétiques seront transmis et expliqués par le médecin prescripteur dans le cadre d'une consultation individuelle.

Je souhaite être informé du résultat de l'examen réalisé : ☐ OUI ☐ NON

Je consens à ce que mon prélèvement soit conservé pour poursuivre l'examen en fonction des nouvelles connaissances : ☐ OUI ☐ NON

J'ai compris qu'en cas de mise en évidence d'un antigène plaquettaire rare, je devrai permettre la transmission de cette information au reste de ma famille. J'ai été averti que mon silence pouvait leur faire courir des risques ainsi qu'à leur descendance, dès lors que des mesures de prévention, y compris de conseil génétique ou de soins, peuvent être proposées. Ainsi, lors du rendu des résultats, je devrai choisir entre

- ☐ Assurer moi-même cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille
☐ Autoriser le médecin prescripteur à cette diffusion d'information génétique aux membres de ma famille

INFORMATIONS SUR LES DONNEES PERSONNELLES ET CONSENTEMENT

Les informations recueillies au titre de ce formulaire, ainsi que celles résultant de l'examen, font l'objet d'un traitement de données à caractère personnel par l'Établissement de santé prescripteur, en tant que responsable de traitement. La base légale du traitement est le consentement.

Ce traitement est destiné à mener à bien l'examen de génotypage plaquettaire prescrit. Pour ce faire, les données sont transmises au laboratoire de l'Établissement Français du Sang, qui agit en tant que sous-traitant, afin de réaliser l'examen prescrit.

Les échantillons ainsi que les résultats associés seront conservés pendant cinq (5) ans et uniquement à des fins thérapeutiques, telles que la transfusion ou une grossesse ultérieure.

Conformément aux lois et règlements en vigueur en matière de protection des données et à condition de justifier de votre identité, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous disposez également du droit de donner des directives concernant le sort de vos données après votre décès. Vous pouvez également à tout moment retirer votre consentement au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits auprès de l'Établissement de santé prescripteur ou introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

- ☐ J'ai lu et j'accepte que mes données soient traitées pour réaliser l'examen de génotypage plaquettaire prescrit
☐ J'ai lu et j'accepte que mes données soient conservées à des fins thérapeutiques (transfusion ou grossesse ultérieure)

Fait à le ____/____/____

Signature du patient ou de son représentant ci-dessus mentionné

HNO/LAB/IHE/FO/061	Version : 4	Date d'application : 15/11/2024
Demande d'examens d'immunologie plaquettaire et consentement - HPA		
La version électronique fait foi		2/2