# ETABLISSEMENT DESTINATAIRE :

**LBM de EFS IdF Site Mondor**

#  Activité IHM

Bâtiment UITC – Centre Félix Reyes – 2e étage

5, rue Gustave Eiffel - 94000 Créteil

 🕿: 01 56 72 76 60/68/80

 🖶 : 01 56 72 76 86

# IDENTIFICATION DE L’ETABLISSEMENT EMETTEUR :

##### SERVICE : …………………Tel ou poste :

**Médecin(s) destinataire(s) des résultats** :

**Signature du patient adulte ou du représentant légal de l’enfant mineur**:

Fait à…………………………

Le ……………………………

 **Réservé au Laboratoire IHM**

**Demande conforme : 🞎 OUI 🞎 NON 🞎 Service averti par téléphone**

**Signature :**

**CONSENTEMENT POUR CONSERVATION ET UTILISATION DE MES ECHANTILLONS EN RECHERCHE**

**🞎** Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen, je consens à ce qu’elle puisse être intégrée à la collection biologique « GENTRANSFU », destinée à l’analyse génétique des groupes sanguins. L’échantillon sera conservé au laboratoire d’Immuno-Hématologie Moléculaire de l’EFS Idf, 5 rue Gustave Eiffel 94000 CRETEIL (tél : 01 56 72 76 60) sous la responsabilité du Dr Christophe TOURNAMILLE, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, aucune des données médicales me concernant ne seront conservées et l’échantillon sera non identifiable. En conséquence, je suis conscient(e) que ces études scientifiques effectuées ne présenteront aucun bénéfice direct ni de préjudice pour moi. Je reconnais avoir reçu du médecin prescripteur une note d’information et l’ensemble des explications sur le devenir de mon prélèvement.

**PRESCRIPTEUR** : Dr…………………………………….

J’autorise le laboratoire de biologie médicale multi sites de l’EFS Ile de France, à réaliser les examen(s) d’immunohématologie moléculaire (hors nomenclature BHN360) ci-dessous

**Date de la prescription :** …………………………..

**SIGNATURE**

Photocopie de la demande d’analyses reçue par le site EFS

(Le médecin prescripteur devra conserver un double du consentement)

# PRELEVEMENT

Identité et qualification du Préleveur : …………………

Date/heure de prélèvement : ……………………………

Date d’envoi du prélèvement: ……………………………

**IDENTITE DU PATIENT (en majuscule)**

NOM de naissance :

NOM (marital ou usuel):

Prénom : ……………………………….

Sexe : **🞎** M **🞎** F

Date de naissance :……/……../……..

Origine géographique : ……………………………………….

Je soussigné(e)M ou Mme……………………………………

Date de naissance :……/……../……...

Titulaire de l’autorité parentale du patient ci-dessus

**ANALYSES DEMANDEES (1 tube de sang total sur EDTA – 2 ml minimum)**

**RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES INDISPENSABLES**

**Phenotype RH (OBLIGATOIRE) :…………… Origine géographique:……….**

**Motif de la demande (OBLIGATOIRE) : ………………..**

 **drépanocytose : 🞎**

 **grossesse : 🞎 précisez le terme : ………………….**

 **🞎 RH1(D) 🞎 RH2(C)   🞎 RH3(E) 🞎 RH4(c) 🞎 RH5(e) 🞎 RH10(V)/RH20(VS)**

 **🞎 FY\*1/FY\*2, FY\*Fy,FY\*X 🞎 JK\*1/JK\*2 🞎 MNS\*3/MNS\*4 et Uvar**

 **🞎 MNS\*1/MNS\*2 🞎 KEL\*1/KEL\*2 🞎 KEL\*3/KEL\*4 🞎 KEL\*6/KEL\*7**

 **🞎 DO\*1/DO\*2 🞎 DO\*4 et DO\*5 🞎 CO\*1/CO\*2 🞎 YT\*1/YT\*2**

 **🞎 DI\*1/DI\*2 🞎 SC\*1/SC\*2 🞎 LU\*1/LU\*2 🞎 LW\*5/LW\*7 (LW\*A/LW\*B)**

 **🞎 VEL**