

**CONSENTEMENT DE PRELEVEMENT D'IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE DANS UN BUT  
D'ETUDE GENETIQUE ET/OU DE CONSERVATION DANS LA BANQUE D'ADN**

Je soussigné(e) :

NOM .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Demeurant à .....

Autorise le Docteur .....

à effectuer ou faire effectuer les études génétiques\* .....

Pour :  moi-même

mon enfant

NOM .....

Prénom .....

qui peuvent aider au diagnostic ou à la prévention de la maladie dont je suis atteint(e) ou que présente un membre de ma famille.

Le médecin consulté m'a expliqué la nature des études qui seront effectuées sur mon prélèvement sanguin, notamment le fait qu'elles font appel aux techniques de biologie moléculaire.

J'autorise le recueil, la saisie et le traitement des données contenues dans mon dossier médical, en toute confidentialité. J'ai été informé(e) que, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je dispose d'un droit d'accès et de rectification par l'intermédiaire du médecin que j'aurai désigné à cet effet.

Cette étude peut s'étendre sur plusieurs années, le prélèvement de sang peut être conservé le temps nécessaire dans une banque d'ADN, il peut être utilisé pour des études scientifiques ultérieures à des fins de recherches biomédicales, et à tout moment je peux demander que le sang prélevé ou les produits de celui-ci (notamment l'ADN extrait) me soit restitués.

Dûment informé(e), j'ai :  demandé

refusé

que les résultats de ces études me soient communiqués.

Fait à ....., le .....

Signature du patient et/ou d'un ou  
des titulaire(s) de l'autorité parentale

Signature du médecin

*Un exemplaire cosigné doit être remis à la personne qui a accepté le prélèvement.*

\*Préciser le type d'analyse

Coordonnées de l'expéditeur\* : .....

Coordonnées pour la facturation\* : .....

*Si facturation au patient, joindre la copie de l'attestation de carte vitale*

**Informations Patient**

Nom de naissance\* : .....

Né(e) le\* : .....

Nom d'usage : .....

Sexe\* F  M

Coller l'étiquette

Prénom\* : .....

**Informations Prélèvement**

Date de prélèvement\* : ..... Heure : .....

Nom du préleveur\* : .....



Prélèvements à conserver à température ambiante et à acheminer dans les 48 heures (excepté pour le diagnostic prénatal cf. guide de prélèvement)  
Ce document devra être accompagné d'un bon de commande, de la prescription, d'informations cliniques complètes et du consentement.



Numération plaquettaire (nécessaire pour une interprétation complète des résultats) :

.....G/L date : .....

**Contexte clinique de l'examen**



nécessaire pour une interprétation complète des résultats

- Thrombopénie isolée
- Thrombopénie au cours de la grossesse, Terme de la grossesse : ... SA
- Nouveau-né thrombopénique
- Nouvelle grossesse avec antécédents thrombopénies fœtales/néonatales
- Terme de la grossesse : ..... SA

Autre(s) pathologie(s) :

- PTI  connu  suspicion
- Maladie auto-immune connue - Préciser : .....
- Thrombasthénie de Glanzmann/Bernard Soulier/autres thrombopathies

Transfusion plaquettaire  non  oui Date : Heure

Traitement en cours, à préciser :

**Demande d'examen**

Les volumes de prélèvements mentionnés ci-dessous concernent les adultes, pour les enfants il est recommandé de fournir un prélèvement de 1 à 5 mL sur tube EDTA selon l'âge.

**Exploration d'une thrombopénie auto-immune**

- Détection des IgG fixées sur les plaquettes (Coombs plaquettaire) Si prélèvement < 72h
  - Identification d'anticorps fixés sur les plaquettes (MAIPA direct) Si prélèvement ≤ 4J
  - Recherche et identification d'anticorps sériques (MAIPA indirect)
- 15 mL de sang sur tube EDTA + consentement  
10 mL de sang sur tube sec + consentement

**Exploration d'une inefficacité transfusionnelle plaquettaire**

- Recherche et identification d'anticorps sériques (MAIPA indirect)
  - Phénotypage plaquettaire dans les systèmes HPA-1, 3 et 5
  - Génotypage plaquettaire dans les systèmes HPA-1,-2,-3,-4,-5,-6,-7,-8,-9,-11 et-15 BHN
- 10 mL de sang sur tube sec + consentement  
15 mL de sang sur tube EDTA + consentement

**Exploration d'une thrombopénie fœtale/néonatale**

Préciser la numération plaquettaire du nouveau-né à J0, J1, J3 et J5 et le groupe sanguin ABO des parents s'il est connu

- Phénotypage plaquettaire HPA-1,-3 et-5
  - Génotypage plaquettaire BHN
  - Phénotypage plaquettaire CD36
  - MAIPA direct Si prélèvement ≤ 4J
  - MAIPA indirect (recherche et identification)
  - Cross-match sur plaquettes paternelles
- Mère : 15 mL de sang sur tube EDTA + 10 mL de sang sur tube sec + consentement  
Père : 15 mL de sang sur tube EDTA + consentement  
Enfant : 1 mL de sang sur tube EDTA (S'il n'a pas été transfusé) + Prélèvement de cellules buccales par écouvillon + consentement et fiche de renseignements cliniques

**Diagnostic hématologique fœtal (prévenir le laboratoire avant prélèvement sinon pas de prise en charge des échantillons)**

**Génotypage fœtal plaquettaire si incompatibilité mère/père**

- Méthode invasive Terme de la grossesse : ..... SA
  - Méthode non invasive Terme de la grossesse : ..... SA
- Fœtus :  
Cas particuliers : Cf. guide de prélèvement  
10 mL de liquide amniotique sur tube sec + consentement  
20 mL de sang maternel sur tube Cell-Free DNA + fiches informations & renseignements cliniques + consentement

**Recherche d'immunisation dans le cadre des pathologies plaquettaires : Glanzmann / Bernard Soulier**

- Recherche /identification d'anticorps sériques antiplaquettaires (MAIPA indirect)
- 10 mL de sang sur tube sec + consentement

**Explorations complémentaires**

- Recherche d'anticorps anti-plaquettaire dans les systèmes HPA-2, 4, GPIV
  - Recherche d'anticorps anti-plaquettaire dans le système HPA-15
  - Quantification des allo-anticorps anti-HPA-1a
  - Génotypage plaquettaire dans les systèmes plaquettaires « rares » BHN
  - Génotypage HPA-1, -3 et -5 par séquençage
- 10 mL de sang sur tube sec + consentement  
5 mL de sang sur tube sec + consentement + fiches de renseignements cliniques et de suivi  
15 mL de sang sur tube EDTA + consentement

Accréditation COFRAC Examens médicaux n°8-2542 liste des portées disponibles sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

BHN: Cotations consultables sur le guide prélèvement.

Date de la demande: Nom (en majuscules et lisible) et signature du prescripteur : .....

Le prescripteur reconnaît avoir pris connaissance du guide de prélèvement disponible sur le site [www.cnrhp.fr](http://www.cnrhp.fr)

\* Ces champs sont obligatoires pour la prise en compte de votre demande.

EP-SA-CN-PRE-PRE-DE-008 Version 4

Seul le document informatique et la version papier gérée par le référent Qualité sont considérés comme documents applicables