

 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANTES	IMPRIME Fiche médicale Neutropénie auto-immune	Diffusion par : PHU 07 - Biologie - IMMUNOLOGIE
	Processus : *Métier BiologieAnalytique Thème(s): *Sp. BiologieAnalyse - méthode	Page 1 / 1

1. IDENTIFICATION

Patient	Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Sexe :
Prescripteur	Nom :	Prénom :	Service :	Hôpital :
	Tél :	Adresse :		

2. NEUTROPENIE

2.1. Numération :

Date	Numération

2.2. Signes biologiques :

NFS	GR :	Hb :	Hte :	Plaquettes :
Myélogramme	- Existence d'un blocage de maturation :			
	- Si oui à quel stade :			

2.3. Modalités évolutives :

☐ Aiguë
 ☐ Chronique
 ☐ Cyclique

3. ANTECEDENTS

Obstétricaux :

Transfusionnels :

4. SIGNES ASSOCIES

Syndrome infectieux :	☐ OUI	☐ NON	Date :	Nature :
Maladie virale connue :	☐ OUI	☐ NON	Date :	Nature :
Prise de médicaments :	☐ OUI	☐ NON	Date :	Nature :
Hémopathie :	☐ OUI	☐ NON		Nature :
Immunopathologie :	☐ OUI	☐ NON		Nature :

	Consentement pour un examen des caractéristiques génétiques	IMPRIME	Diffusion par : PHU 07 - Biologie - IMMUNOLOGIE
Processus : "Métier Biologie Analytique"			

CONSENTEMENT POUR UN EXAMEN DES CARACTERISTIQUES GENETIQUES	
Pour une personne majeure (décret n° 2000-570 du 23 juin 2000)	Pour une personne mineure (décret n° 2000-570 du 23 juin 2000)
Je soussigné(e) Mme, Mr	Nous soussignés Mme Mr Titulaires de l'autorité parentale pour l'enfant
Après avoir reçu les informations nécessaires du Dr sur la nature et la portée de l'examen proposé, à savoir une analyse de génétique moléculaire en rapport avec le bilan d'immunisation leuco- plaquettaire donne un consentement libre et éclairé pour la réalisation de cet examen des caractéristiques sur ma personne. - Je souhaite - Je ne souhaite pas connaître les résultats de ces examens qui me seront communiqués par le Dr	Après avoir reçu les informations nécessaires du Dr sur la nature et la portée de l'examen proposé, à savoir une analyse de génétique moléculaire en rapport avec le bilan d'immunisation leuco- plaquettaire donnons un consentement libre et éclairé pour la réalisation de cet examen des caractéristiques génétiques chez notre enfant. - Nous souhaitons - Nous ne souhaitons pas connaître les résultats de ces examens qui nous seront communiqués par le Dr
- Je consens au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. - Je peux à tout moment demander que l'étude génétique entreprise soit interrompue et que le sang prélevé (ou les produits de celui-ci, notamment l'ADN extrait) soit détruit.	- Nous consentons au recueil, à la saisie et au traitement des données contenues dans son dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel. - Nous pourrions à tout moment demander que l'étude génétique entreprise soit interrompue et que le sang prélevé chez notre enfant (ou les produits de celui-ci, notamment l'ADN extrait) soit détruit.
A : Le : Signature :	A : Le : Signature :