Formulaire 107

ASSISTANCE PUBLIQUE HOPITAUX DE PARIS

ETUDE DES GLOBULES ROUGES

CHU Bicêtre

Etiquette patient	Préleveur	Médecin prescripteur	Résultat à renvoyer à	Destinataire
	Nom : Qualité : Date et Heure			Laboratoire d'Hématologie Niveau 3, secteur Broca 78, Rue du Général Leclerc CHU Bicêtre 94274 LE KREMLIN BICETRE cedex **Maintien à +4°C impératif**

Rendez-vous obligatoire auprès du Dr Véronique PICARD 01 45 21 21 21 poste 14609 ou 01 45 21 35 97 veronique.picard@aphp.fr
ou du Dr Kaldoun GHAZAL 01 45 21 35 67 / 35 83 kaldoun.ghazal@aphp.fr

- ☐ **Ektacytométrie**
- ☐ **Test EMA (cytométrie en flux)**
- ☐ **Electrophorèse des protéines de membrane** *(consentement indispensable)*
- ☐ **Etude génétique** *(consentement indispensable)*
  - ☐ gène *PIEZO1*
  - ☐ gène *KCNN4*
  - ☐ autre

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES (joindre ou faire suivre un compte-rendu clinique)

Coombs érythrocytaire : Positif ☐ Négatif ☐

Hémolyse : OUI / NON Splénomégalie : OUI / NON

Ictère : OUI / NON Transfusion : OUI / NON si oui, date :

ATCD familiaux : .....

Veuillez nous adresser
- ☐ un bon de commande (si hors AP),
- ☐ une copie du CR de consultation ou d'hospitalisation (ou le faire suivre : fax 01 45 21 28 47 ou veronique.picard@aphp.fr)
- ☐ un consentement éclairé (ci joint)

LES ECHANTILLONS DOIVENT IMPERATIVEMENT ARRIVER FROID (4°C) EN MOINS DE 24 HEURES.

- ☐ Les prélèvements sont reçus du mardi au jeudi
- ☐ Prélever 2 fois 5ml de sang sur tube EDTA (bouchon violet), pour les nourissons : 2ml minimum.
- ☐ Pas de transfusion dans les 3 mois précédents.

Les tubes doivent être envoyés réfrigérés à +4°C.

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

CRB 3B Paris Sud

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine Béclère Bicêtre Paul Brousse

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EXPRES POUR UNE PERSONNE MINEURE

Un/des prélèvement(s) ..... *a/ont été réalisé(s) / sera(ont) réalisé(s)* à votre enfant.

Ce(s) prélèvement(s) servira(ont) pour le diagnostic de sa maladie et pour adapter le traitement qui lui sera proposé.

Au cas où le(s) prélèvement(s) ne serai(en)t pas utilisé(s) en totalité pour établir le diagnostic, les échantillons restants seront conservés.

Une partie de ces échantillons sera conservée pour une éventuelle utilisation dans le cadre de son traitement.

Une autre partie sera utilisée, sauf opposition de votre part, pour la recherche médicale dans le respect de la confidentialité. Les recherches envisagées sur ..... nécessiteront un examen de ses caractéristiques génétiques. Pour ces recherches, votre accord est nécessaire. Il s'exprime par la signature de ce présent document par chacun de vous.

Votre accord est révocable à tout moment jusqu'à sa majorité, date à laquelle il lui appartiendra d'exprimer ou non son opposition.

Identité de l'enfant (Etiquette Gilda) :

Service : .....
N° de téléphone : .....
Le responsable : .....

Date de délivrance de l'information : .....

Nom, Prénom, Signature de la mère : .....

Nom, Prénom, Signature du père : .....

Opposition exprimée : ☐ **OUI** ☐ **NON**

- Conformément à la loi (art.16-1 et 16-6 du code civil), ce prélèvement ne pourra être cédé à titre commercial, ni donner lieu à une rémunération à votre bénéfice. Il pourra être utilisé pour des recherches effectuées en partenariat avec un ou plusieurs organismes publics ou privés.
- Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi.
- Les informations portées sur ce document sont confidentielles et couvertes par le secret médical. A aucun moment, les données personnelles qui y figurent n'apparaîtront lors de la publication des résultats des travaux de recherche.

Document signé par les parents, conservé dans le dossier de l'enfant, avec un exemplaire remis aux parents et un conservé dans le service CRB de réception du prélèvement (Anatomie Pathologique, Biochimie, Hématologie, ...).

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

CRB 3B Paris Sud

Hôpitaux universitaires Paris-Sud
Antoine Béclère Bicêtre Paul Brousse

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EXPRES

Madame, Monsieur,

Nous avons réalisé / Nous allons réaliser un/des prélèvement(s) .....

Ce(s) prélèvement(s) *servira/serviront* pour le diagnostic de votre maladie et pour adapter le traitement qui vous sera proposé.

Au cas où le(s) prélèvement(s) ne serai(en)t pas utilisé(s) en totalité pour établir le diagnostic, nous conserverons les échantillons restants.

Une partie de ces échantillons sera conservée pour une éventuelle utilisation dans le cadre de votre traitement.

Une autre partie sera utilisée, sauf opposition de votre part, pour la recherche médicale dans le respect de la confidentialité. Nous envisageons des recherches sur ..... , qui nécessiteront un examen de vos caractéristiques génétiques. Pour ces recherches, votre accord est nécessaire. Vous pouvez l'exprimer en signant le présent document.

Votre accord est révocable à tout moment.

Identité du patient (Etiquette Gilda) :

Service : .....
N° de téléphone : .....
Le responsable : .....

Signature du responsable : **Signature du patient :**

Date de délivrance de l'information : .....Opposition exprimée : ☐ OUI ☐NON

- Conformément à la loi (art.16-1 et 16-6 du code civil), ces prélèvements ne pourront être cédés à titre commercial, ni donner lieu à une rémunération à votre bénéfice. Ils pourront être utilisés pour des recherches effectuées en partenariat avec un ou plusieurs organismes publics ou privés.
- Les données médicales associées aux prélèvements seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi.
- Les informations portées sur ce document sont confidentielles et couvertes par le secret médical. A aucun moment, les données personnelles qui y figurent n'apparaîtront lors de la publication des résultats des travaux de recherche.

Document signé par le patient, conservé dans son dossier, avec un double remis au patient et un double conservé dans le service du CRB réception du prélèvement (Anatomie Pathologique, Biochimie, Hématologie, ...).