

LABORATOIRE PRÉLEVEUR	PRÉLÈVEMENT
N°Client : C               /      Cachet obligatoire	Date de prélèvement                     Heure de prélèvement       h       min  <i>Les volumes de prélèvements mentionnés ci-après concernent les adultes. Pour les enfants il est recommandé de fournir un prélèvement de 1 à 5 mL sur tube EDTA selon l'âge</i>
PATIENT(E)	PRESCRIPTEUR
NOM ..... PRÉNOM ..... Nom de naissance ..... Adresse ..... CP ..... Ville ..... Date de naissance :	NOM PRÉNOM ..... Adresse e-mail : .....  Cachet obligatoire  Signature :
CONTEXTE DE L'EXAMEN – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
<input type="checkbox"/> Thrombopénie <input type="checkbox"/> Isolée <input type="checkbox"/> Au cours de la grossesse, terme : .....SA <input type="checkbox"/> Nouvelle grossesse avec antécédents de thrombopénie fœtale/néonatale, terme : .....SA <input type="checkbox"/> Anomalie échographique (HIC, MFIU,...) <input type="checkbox"/> Nouveau-né thrombopénique <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune connue, préciser : <input type="checkbox"/> PTI (suspicion ou connu) <input type="checkbox"/> Thrombasténie de Glanzmann / Bernard Soulier / Autres thrombopathies <input type="checkbox"/> Autre(s) pathologie(s), préciser..... <input type="checkbox"/> Transfusion plaquettaire <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, préciser la date                     <input type="checkbox"/> MCPS <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> Traitement en cours <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, préciser.....	
EXAMEN DEMANDÉ	
<b>EXPLORATION D'UNE THROMBOPÉNIE AUTO-IMMUNE</b>	
<input type="checkbox"/> Identification d'anticorps fixés sur les plaquettes (MACE) <b>1<sup>ère</sup> intention</b> (code OPL ACPLQ)	15 mL de sang sur tube EDTA
<input type="checkbox"/> Identification d'anticorps fixés sur les plaquettes (MAIPA direct) <b>2<sup>ème</sup> intention</b> (code OPL 36801)*	
<input type="checkbox"/> Recherche et identification d'anticorps sériques circulants (MAIPA indirect) (code OPL 36802) *	10 mL de sang sur tube sec (sérum)
<b>EXPLORATION D'UNE INEFFICACITE TRANSFUSIONNELLE PLAQUETTAIRE * (SIGNATURE DU CONSENTEMENT INDISPENSABLE)</b>	
<input type="checkbox"/> Recherche et identification d'anticorps sériques circulants (MAIPA indirect)	10 mL de sang sur tube sec + consentement
<input type="checkbox"/> Phénotypage plaquettaire dans les systèmes HPA-1, 3 et 5 (BHN)	15 mL de sang sur tube EDTA + consentement
<input type="checkbox"/> Génotypage plaquettaire dans les systèmes HPA-1, 3 et 5	
<input type="checkbox"/> Génotypage plaquettaire étendu dans les systèmes HPA-2, 4, 6, 7, 8, 9, 11 et 15 (BHN)	
<b>EXPLORATION D'UNE THROMBOPÉNIE NÉONATALE * (SIGNATURE DU CONSENTEMENT INDISPENSABLE)</b>	
<i>Préciser la numération plaquettaire du nouveau-né à J0, J1, J3 et J5 et le groupe sanguin ABO des parents s'il est connu : .....</i>	
<input type="checkbox"/> Phénotypage plaquettaire (BHN) <input type="checkbox"/> MAIPA direct	Mère : 15 mL de sang sur tube EDTA + 10 mL de sang sur tube sec + consentement
<input type="checkbox"/> Génotypage plaquettaire <input type="checkbox"/> MAIPA indirect	Père : 15 mL de sang sur tube EDTA + consentement
<input type="checkbox"/> Génotypage plaquettaire étendu (BHN) <input type="checkbox"/> Cross-match sur plaquettes paternelles	Enfant : 1 mL de sang sur tube EDTA (S'il n'a pas été transfusé) + Prélèvement de cellules buccales par écouvillon + consentements
<b>RECHERCHE D'IMMUNISATION DANS LE CADRE DES PATHOLOGIES PLAQUETTAIRES : GLANZMANN / BERNARD SOULIER *</b>	
<b>(SIGNATURE DU CONSENTEMENT INDISPENSABLE)</b>	
<input type="checkbox"/> Dépistage d'anticorps sériques antiplaquettaires (MAIPA indirect)	10 mL de sang sur tube sec + consentement
<b>EXPLORATION COMPLÉMENTAIRES (SIGNATURE DU CONSENTEMENT INDISPENSABLE)*</b>	
<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettaire dans les systèmes HPA-2, 4, GPIV (BHN)	10 mL de sang sur tube sec + consentement
<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettaire dans les systèmes HPA-15 (BHN)	
<input type="checkbox"/> Génotypage plaquettaire dans les systèmes plaquettaires « rares » (BHN)	10 mL de sang sur tube sec + consentement 15 mL de sang sur tube EDTA + consentement
<input type="checkbox"/> Génotypage HPA-1,-3 et -5 par séquençage (BHN)	
<b>ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE</b>	
Je soussigné(e).....Docteur en Médecine, Conformément aux articles R.1131-4 et R. 1131-5 du décret n° 2008-321 du 4 avril 2008, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement. Je soussigné(e) M, Mme.....né(e) le ..... Demeurant à : ..... Reconnais avoir reçu par le Dr.....les informations sur les examens des caractéristiques génétiques qui seront réalisés afin d'évaluer ma susceptibilité génétique à une maladie. Pour cela, je consens : <input type="checkbox"/> au prélèvement qui sera effectué pour moi <input type="checkbox"/> au prélèvement qui sera effectué pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle Si une partie du prélèvement reste inutilisée après examen, <input type="checkbox"/> Je consens à ce qu'il puisse être intégré, le cas échéant, à des fins de recherche scientifique. Dans ce cas, l'ensemble des données médicales me concernant seront protégées grâce à une anonymisation totale. En conséquence, je suis conscient que ces études scientifiques effectuées ne seront sans aucun bénéfice ni préjudice pour moi. Fait à ..... le ..... Signature du patient adulte : ..... ou du représentant légal de l'enfant mineur ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle ..... Signature du médecin : .....	