

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT EN VUE DE LA REALISATION D'EXAMENS DE BIOLOGIE MOLECULAIRE DES GENES DE GROUPES SANGUINS ERYTHROCYTAIRES ET PLAQUETTAIRES

Je soussigné(e) Dr

déclare avoir informé le/la patient(e) de l'intérêt de déterminer le :

- **Génotype plaquettaire** (HPA 1,2,3,4,5,6,9,15)
- **Génotype RH4**
- **Génotypage érythrocytaire étendu :**
 - Génotype KEL *1/2, JK*1/2, FY*1/2 – FY*X – Fy
 - Génotype KEL *3/4, LU*1/2, DI*1/2, DI*3/4, Y*1/2, CO*1/2, KN*1/2, DO*1/2

Je soussigné(e) Mr ou Mme accepte que :

- L'analyse proposée soit faite à partir de mon ADN issu d'un prélèvement sanguin par des techniques de Biologie Moléculaire afin d'améliorer la prise en charge transfusionnelle et/ou selon le cas, le suivi obstétrical.

J'autorise le prélèvement : OUI NON

- Les caractéristiques génétiques spécifiques des groupes sanguins soient utilisées en tant que référence au sein du laboratoire de Biologie Moléculaire de l'EFS Nord de France.

J'autorise le prélèvement : OUI NON

Ces études de Biologie Moléculaire seront réalisées dans un but de diagnostique.

Je consens au recueil et à la saisie et au traitement des données contenues dans mon dossier médical par des personnes tenues au secret professionnel qui collaborent à l'analyse. Les données qui me concernent resteront strictement confidentielles et dans le cas de travaux scientifiques publiés seront couverts par l'anonymat.

Conformément à la loi informatique et libertés (n°78-17 du 06-01-1978), je peux exercer mon droit d'accès aux données qui me concernent par l'intermédiaire d'un médecin de l'EFS. Je pourrais à tout moment par simple demande auprès du Dr exiger que les échantillons et mon dossier soient détruits.

Fait à

le.....

Le Médecin

La(e) patient(e) ou le titulaire
de l'autorité parentale