

## CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'ANALYSES GENETIQUES ETUDE D'ANTICORPS ANTI-PRIVES



EFS Ile de France - Laboratoire de Biologie Médicale  
Centre National de Référence pour les Groupes Sanguins (CNRGS)  
Dr Thierry Peyrard – Biologiste médical responsable

**DEMANDE D'ÉTUDE GÉNÉTIQUE FAMILIALE AFIN D'IDENTIFIER, DE MANIÈRE INDIRECTE, UN ANTICORPS ANTI-PRIVÉ DE SPÉCIFICITÉ INDÉTERMINÉE, DANS UN BUT DE SECURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET/OU OBSTÉTRICALE**

### Prélèvements sanguins destinés au CNRGS

*Dont les missions sont définies au sein de l'Arrêté du 20 juin 1985 publié au JORF le 26 juin 1985*

**Le patient que vous prenez en charge présente un alloanticorps dirigé contre un antigène de faible fréquence de spécificité indéterminée.** En effet, malgré les très nombreux tests spécialisés engagés dans notre laboratoire national de référence (analyses phénotypiques et sérologiques), il n'apparaît pas possible à ce jour de donner un nom à l'anticorps anti-érythrocytaire présent chez ce(tte) patient(e).

Les techniques de génomique de dernière génération représentent aujourd'hui une aide très utile pour la résolution indirecte de ce type de problématique, en particulier le séquençage d'ADN à haut débit. Cette analyse de génétique moléculaire, dénommée "WES" pour "Whole Exome Sequencing" consiste à **séquencer tout le génome codant du propositus, ainsi que de certains membres de sa famille.**

**La quantité de prélèvement souhaitée est de trois tubes de 5 ml sur EDTA (à moduler le cas échéant chez les enfants selon leur âge) ; la fourniture d'un consentement éclairé est requise pour chaque personne prélevée (voir modèle joint : consentement éclairé pour autorisation de réalisation d'analyses génétiques relatives à l'étude des groupes sanguins érythrocytaires afin d'identifier, de manière indirecte, un anticorps anti-privé de spécificité indéterminée, dans un but de sécurité transfusionnelle et/ou obstétricale).**

**Nous vous informons que ces analyses ne feront pas l'objet d'une facturation de notre part. Il est également à noter que le délai d'obtention des résultats peut être de plusieurs mois.**

Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire concernant la réalisation de cette étude.

Cordiales salutations,



**Docteur Thierry PEYRARD**  
Biologiste Médical – Chef de service

## CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'ANALYSES GENETIQUES ETUDE D'ANTICORPS ANTI-PRIVES



EFS Ile de France - Laboratoire de Biologie Médicale  
Centre National de Référence pour les Groupes Sanguins (CNRGS)  
Dr Thierry Peyrard – Biologiste médical responsable

**CONSENTEMENT ECLAIRÉ POUR AUTORISATION DE RÉALISATION D'ANALYSES GÉNÉTIQUES RELATIVES A L'ÉTUDE DES GROUPES SANGUINS ÉRYTHROCYTAIRES AFIN D'IDENTIFIER, DE MANIÈRE INDIRECTE, UN ANTICORPS ANTI-PRIVÉ DE SPÉCIFICITÉ INDÉTERMINÉE, DANS UN BUT DE SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET/OU OBSTÉTRICALE**

### Prélèvements sanguins destinés au CNRGS

*Dont les missions sont définies au sein de l'Arrêté du 20 juin 1985 publié au JORF le 26 juin 1985*

Je soussigné(e),

Nom de famille (nom de naissance) :  
Prénom :  
Nom usuel (nom d'usage, nom marital)  
Né(e) le :

Sujet majeur

Parent de l'enfant mineur

Nom de famille (nom de naissance) :  
Prénom :  
Nom usuel (nom d'usage, nom marital)  
Né(e) le :

Représentant légal de la personne majeure/mineure

Nom de famille (nom de naissance) :  
Prénom :  
Nom usuel (nom d'usage, nom marital)  
Né(e) le :

Consens librement à faire effectuer des prélèvements sanguins destinés à des analyses de biologie moléculaire spécialisée pour l'étude de mes groupes sanguins (séquençage d'ADN à haut débit). Ces examens seront réalisés (cocher SVP la case correspondante) :

- Afin de tenter d'identifier, dans un but de sécurité transfusionnelle et/ou obstétricale, la spécificité d'un anticorps rare dont je suis porteur(se)
- Dans le cadre d'une étude génétique familiale, visant à faciliter la caractérisation d'un anticorps rare chez un membre de ma famille

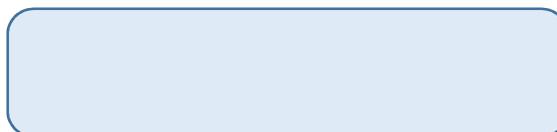
J'ai par ailleurs bien noté que l'ensemble des résultats obtenus seront soumis au secret médical.

Mes échantillons sanguins pourront faire l'objet d'une conservation à long terme sous forme congelée et faire l'objet d'autres travaux dans le cadre de la recherche médicale. Je peux à tout moment demander à ce qu'il soit procédé à leur destruction en prenant contact auprès du CNRGS.

Je reconnais avoir reçu par le Dr....., Docteur en Médecine, exerçant dans l'établissement ....., l'ensemble des informations permettant la compréhension de cet acte biologique et sa finalité.

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du patient adulte  
Ou du représentant légal de l'enfant mineur  
Ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle



## CONSENTEMENT POUR LA REALISATION D'ANALYSES GENETIQUES ETUDE D'ANTICORPS ANTI-PRIVES

### ATTESTATION DE CONSULTATION MEDICALE INDIVIDUELLE

Je soussigné(e) ..... Docteur en Médecine, conformément aux articles décret R.1131-4 et R1131-5 du code de la santé-publique, certifie avoir reçu ce jour en consultation le sujet susnommé 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.

Fait à :

Le

Signature et  
Tampon du médecin

