



INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK

TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS

Transfusion Interrégionale CRS SA | Laboratoire de diagnostic

Case postale | 3001 Berne | Murtenstrasse 133 | 3008 Berne

Laboratoire national de référence Transfusion CRS Suisse pour l'immunohématologie et les marqueurs infectieux

Administration du laboratoire T +41 31 384 23 00 | labordiagnostik@ittransfusion.ch | ittransfusion.ch

Déclaration de consentement pour

la détermination non-invasive du groupe sanguin foetal à partir du plasma maternel

Nom de la patiente

Prénom de la patiente

Date de naissance



Je confirme par la présente avoir bénéficié d'un conseil génétique conformément à la loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH) et avoir disposé de suffisamment de temps pour poser des questions et réfléchir.

Je confirme en particulier avoir été conseillée et informée de mes droits en matière de consentement et d'information. Je confirme en outre avoir été conseillée et informée de manière détaillée de mon droit de ne pas connaître le résultat.

J'accepte que le groupe sanguin du fœtus soit déterminé de manière non invasive à partir du sang maternel et j'accepte le traitement de mes données.

Conservation et utilisation du matériel d'analyse

Conformément à l'obligation légale prévue par les dispositions applicables, les résultats d'analyse sont conservés pendant 30 ans.

Afin de pouvoir, si nécessaire, vérifier les résultats, l'excédent de matériel prélevé est conservé. La durée de conservation dépend de la capacité de stockage disponible. Ce matériel pourrait également, sous forme anonymisée, constituer une aide importante pour l'assurance qualité ou les travaux de développement et être utilisé à cette fin. Si vous n'acceptez pas la conservation de votre matériel d'examen et/ou son utilisation à des fins d'assurance qualité ou de travaux de développement, vous pouvez nous le signaler dans la rubrique « Remarques ».

Remarques: _____

Lieu, date: _____

Signature de la patiente: _____

Professionnel de santé chargé de l'information:

Je confirme avoir informé la personne susmentionnée, conformément à la loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH) en vigueur, de l'analyse génétique mentionnée, y compris de ses limites, et avoir répondu aux questions qui m'ont été posées.

Nom: _____ Prénom: _____

Signature
Médecin: _____

Lieu, date: _____

Cachet: _____

La demande relative à cette déclaration de consentement a été
envoyée par (lieu, date, cachet, signature):

ATTENTION: Cette déclaration de consentement n'est pas considérée comme une demande d'analyse et doit toujours être envoyée au laboratoire accompagnée d'un formulaire adéquat.