



Biomnis

Clinical Information Form Genetic foetalblood typing

INTERNATIONAL DIVISION 17/19, avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07
 Tel.: +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax: +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail : international@biomnis.com

Referring laboratory

PRESCRIBING CLINICIAN/ESTABLISHMENT

First name(s):
 Surname:
 Address:
 Postcode: [][][][][] City:
 Tel.: [][][][][][][][][][]
 Fax: [][][][][][][][][][]

Stamp and signature required

PATIENT DETAILS

First name(s):
 Surname:
 Maiden name:
 Address:
 Postcode: [][][][][] City:
 Tel.: [][][][][][][][][][]
 Date of birth: [][][][][][][]

Please attach a photocopy of the patient's blood group card

LMP: [][][][][][]

Conception date: [][][][][][]

TEST(S) REQUESTED (WA = WEEKS OF AMENORRHOEA)

- RH1 (D) from 12 WA RH3 (E) from 13 WA
 RH4 (c) from 13 WA KEL1 (Kell) from 13 WA

MATERNAL BLOOD

Sample requirements: 3 tubes of 5 - 7 mL of EDTA whole blood
 Turn-around-time: 72 hrs (RH1)/48 hrs (KEL1)

Sample collection date: [][][][][][]

Name of phlebotomist:

If an amniocentesis is planned:

Date : [][][][][][]

- RH1 (D) RH3 (E) RH4 (little-c) KEL1 (Kell)

AMNIOTIC LIQUID

Sample: 5 mL in a sterile tube
 Turn-around-time: 72 hrs

Sample collection date: [][][][][][]

Reason for amniocentesis:

Cytogenetics laboratory:

Please specify the family's geographic origin:

• **Father:**

• **Mother:**

Please specify the father's RH-KEL1 phenotyping:

I, the undersigned Dr....., declare that I have informed the patient of the clinical interest behind determining the foetal blood group.

To diagnose foetal-maternal incompatibility for a pregnancy under way

For non-immunised Rh negative patients: to evaluate if antenatal Rh-immune prophylaxis testing is necessary.

I, the undersigned, Miss/Ms/Mrs..... accept that the test offered is performed on foetal DNA, within an authorised laboratory pursuant to degree 2006-1661 dated 22 December 2006 concerning prenatal diagnostics, and that a part of the sample is to be stored for quality control or scientific purposes pursuant to degree 2007-1220 dated 10 August 2007.

I declare that I have understood that the testing method could render a excessively positive result (or false positive), and that a negative or borderline preliminary result could lead to a second maternal blood sample being requested for confirmation.

Signed in (city):..... On (date)

Prescribing clinician's signature

Patient's signature



Biomnis

Formular de date clinice Genotipare pentru făt

INTERNATIONAL DIVISION 17/19, avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07
Tel.: +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax: +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail : international@biomnis.com

Laborator subcontractant

MEDIC PRESCRIPTOR

Nume:
Prenume:
Adresa:
Cod poștal: _____ Oraș:
Tel.: _____
Fax: _____

INFORMAȚII DESPRE PACIENT

Nume:
Prenume:
Nume dinainte de căsătorie:
Adresă:
Cod poștal: _____ Oraș:
Tel.: _____
Data nașterii: _____

Semnătura și parafa medicului

Atașați o copie a rezultatului pentru determinarea de grup sanguin AB0 și Rh

Data UM: _____

Data concepției: _____

ANALIZA SOLICITATĂ

- RH1 (D) din săpt. 12 RH3 (E) din săpt. 13
 RH4 (c) din săpt. 13 KEL1 (Kell) din săpt. 13

SÂNGE MATERN

Probă necesară: 3 tuburi de 5 - 7 mL de sânge
total EDTA
Timp de execuție: 72 h (RH1)/48 h (KEL1)

Data recoltării probei: _____
Numele asistentei care a recoltat:
 Dacă este planificată amniocenteza:
Data : _____

- RH1 (D) RH3 (E) RH4 (little-c) KEL1 (Kell)

LICHID AMNIOTIC

Probă: 5 mL în tub steril
Timp de execuție: 72 h

Data recoltării probei: _____
Motivul efectuării amniocentezei:
Laborator de citogenetică

Specificați originea geografică a familiei:

•Tatăl: •Mama:

Vă rugăm specificați rezultatul fenotipului RH-KEL1 pentru tată :

Eu, subsemnatul Dr....., declară că am informat pacientul despre scopul clinic al determinării grupului sanguin fetal.

- Pentru a diagnostica incompatibilitatea fetal-maternă pentru o sarcină în curs
 Pentru pacienții Rh neimunizați: să evalueze dacă este necesară testarea anti-Rh prenatală și tratamentul profilactic.

Eu, subsemnata, D-na..... accept testul efectuat pe ADN fetal,
în cadrul unui laborator autorizat în conformitate cu decretul 2006-1661 din 22 decembrie 2006 privind diagnosticarea prenatală și că o
parte a eșantionului trebuie păstrată pentru controlul calității sau în scopuri științifice în conformitate cu decretul 2007-1220 din 10 august
2007.

Declar că am înțeles că metoda de testare poate oferi un rezultat fals pozitiv, un rezultat preliminar negativ sau fără rezultat pentru care să
fie solicitată o a doua probă de sânge matern pentru confirmare.

Semnat în (oraș):..... La data de

Semnătura medicului prescriptor

Semnătură pacient