

GROSSESSES AVEC ALLOIMMUNISATION MATERNO-FŒTALE PLAQUETTAIRE

Suivi de la concentration en allo-anticorps anti HPA-1a

Nom de naissance : Nom d'usage :
 Prénom : Date de début de la grossesse :

GROSSESSE

Terme :SA

Prélèvement maternel toutes les 3 semaines dès le début du traitement, et avant l'injection si IgIV :
 →5ml de sang/tube sec Date de prélèvement :

Traitement en cours oui non

Nature	Début	Posologie	Dose administrée	Nom du produit	Effets secondaires
IgIV	.....SA	<input type="checkbox"/> CLAIRYG <input type="checkbox"/> GAMMAGARD <input type="checkbox"/> KIOVIG <input type="checkbox"/> OCTAGAM <input type="checkbox"/> PRIVIGEN <input type="checkbox"/> SANDOGLOBULINE <input type="checkbox"/> TEGELINE	.....
Corticoïdes	.....SA	<input type="checkbox"/> CORTANCYL <input type="checkbox"/> AUTRE (préciser): .....	.....
Autre :	.....	.....	.....	.....	.....

Ponction de sang fœtal : oui non Date..... Num. plaquettaire fœtale.....

Thrombopénie gestationnelle : oui non Date..... Num. plaquettaire maternelle.....

ACCOUCHEMENT :

Nom de l'enfant : Prénom :

Terme.....SA Date de naissance :Césarienne Voie basse

Numération plaquettaire de l'enfant à la naissance :

Prélèvement maternel à l'accouchement (5ml de sang/tube sec) Date de prélèvement :

Prélèvement de sang du cordon (sang sur EDTA) Date de prélèvement :

Prélèvement maternel sortie de maternité (5ml de sang/tube sec) Date de prélèvement :

CONSENTEMENT ECLAIRE

Le suivi du taux des anticorps anti HPA-1a est actuellement en cours d'évaluation et, selon les premiers résultats, il semble y avoir une relation entre le taux des anticorps et l'efficacité du traitement aux IgIV. Cette analyse étant en cours d'évaluation, elle n'est pas facturée. En signant ce document, vous reconnaissez avoir été informée de la nature et du but des analyses effectuées. Les résultats seront conservés dans le service d'Immunologie Plaquettaire et transmis à votre médecin.

Si une partie du prélèvement reste inutilisée après l'examen, 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. En cas de refus, cocher ici :

Lieu et date : Signature de la patiente :

Nom du médecin : Signature du médecin :

Service : Tel :