



Centre demandeur :

Receveur	N° :	Donneur	N° :	Attestation de Consentement	شهادة موافقة
		Lien de parenté :		متلقي الزرع	
Nom :		Nom :		أنا الموقع أدناه :	
Prénom :		Prénom :		Je soussigné :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Consent, en connaissance de cause, à ce que :	
Date de naissance :		Date de naissance :		أقر بالموافقة عن علم على أن يتم :	
Téléphone :		Téléphone :		Le prélèvement pour analyses d'ordre génétique soit effectué chez moi <input type="checkbox"/>	
Origine :		Origine :		أخذ عينة الدم لإجراء تحاليل جينية لي <input type="checkbox"/>	
Groupe sanguin :		Groupe sanguin :		Chez mon enfant mineur <input type="checkbox"/>	
Renseignements cliniques :					
Date de la greffe :		Temps de reprise de la fonction du greffon :			
Date du début déclin de la fonction rénale :					
Créatinémie au début du déclin :					
Créatinémie actuelle : Date :					
Biopsie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Date :			
Résultat de l'anatomopathologie :					
Lésion en faveur d'un rejet : Cellulaire <input type="checkbox"/> Humoral <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/>					
Traitement immunosuppresseur en cours :					
Typage HLA s'il n'a pas été réalisé à notre niveau :					
DSA au moment de la greffe ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		MFI :			
Examens demandés :					
Recherche des anticorps anti-HLA : <input type="checkbox"/>					
Typage HLA :		A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> DQ <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/>			
Cachet et signature du médecin					
Si le prélèvement n'est pas effectué au sein de l'institut Pasteur, merci de préciser :					
Prélevé le :		Par* :		Signature :	

Partie réservée au laboratoire :			
Réception le :	Heure :	Par :	Signature :
Receveur : <input type="checkbox"/> 1 Tube sec <input type="checkbox"/> 3 Tubes EDTA	Donneur <input type="checkbox"/> 3 Tubes EDTA		
Prélevé le :	Heure :	Par* :	Signature :

* La personne effectuant le prélèvement atteste avoir pris connaissance des modalités de prélèvement décrites dans le manuel de prélèvement du laboratoire MP LIGT 0121 disponible sur le site de l'Institut Pasteur d'Algérie www.pasteur.dz