



Centre demandeur : .....

<b>Receveur</b> N° :		<b>Donneur</b> N° :		<b>Attestation de Consentement</b> شهادة موافقة	
		<b>Lien de parenté :</b>		<b>Receveur</b> متلقي الزرع	
<b>Nom :</b>		<b>Nom :</b>		Je soussigné : أنا الموقع أدناه	
<b>Prénom :</b>		<b>Prénom :</b>		Consent, en connaissance de cause, à ce que : أقر بالموافقة عن علم على أن يتم	
<b>Sexe :</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<b>Sexe :</b> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Le prélèvement pour analyses d'ordre génétique soit effectué chez moi <input type="checkbox"/> أخذ عينة الدم لإجراء تحاليل جينية لي	
<b>Date de naissance :</b>		<b>Date de naissance :</b>		Chez mon enfant mineur <input type="checkbox"/> لطفي القاصر	
<b>Téléphone :</b>		<b>Téléphone :</b>		Les échantillons soient conservés au niveau du laboratoire <input type="checkbox"/> الاحتفاظ بالعينات على مستوى المخبر	
<b>Origine :</b>		<b>Origine :</b>		Les résultats puissent être exploités à des fins de recherche dans le respect de l'anonymat <input type="checkbox"/> استخدام النتائج لأغراض علمية دون الإفصاح عن الهوية	
<b>Groupe sanguin :</b>		<b>Groupe sanguin :</b>		Date et signature التاريخ والتوقيع	
<b>Renseignements cliniques :</b>					
<b>Etiologie de l'IR :</b>					
<b>Date de début de la maladie :</b>		<b>Dialyse :</b> <input type="checkbox"/>	<b>Hémodialyse</b> <input type="checkbox"/>	<b>Péritonéale</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>
<b>Transfusion :</b>		<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nombre</b>	<b>Date de la dernière :</b>
<b>Grossesses/avortements :</b>		<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>G P A C</b>	<b>Date de la dernière :</b>
<b>Transplantations antérieures :</b>		<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Date :</b>	
<b>Vaccination récente (2 derniers mois) :</b>		<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Date :</b>	
<b>Infections récentes (2 derniers mois) :</b>		<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Date :</b>	
<b>Traitement d'induction ou désensibilisation</b>		<b>Oui</b> <input type="checkbox"/>	<b>Non</b> <input type="checkbox"/>	<b>Lequel ? :</b>	<b>Date :</b>
<b>Examens demandés :</b>					
<b>Cross match :</b>		<b>Initial</b> <input type="checkbox"/>	<b>Final</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Typage HLA :</b>		<b>A</b> <input type="checkbox"/>	<b>B</b> <input type="checkbox"/>	<b>DR</b> <input type="checkbox"/>	<b>DQ</b> <input type="checkbox"/>
<b>Recherche des anticorps anti-HLA :</b>		<input type="checkbox"/>			
<b>Cachet et signature du médecin</b>					
<b>Si le prélèvement n'est pas effectué au sein de l'institut Pasteur, merci de préciser :</b>					
<b>Prélevé le :</b>		<b>Par* :</b>		<b>Signature :</b>	

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

\* 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