



Centre demandeur :

Receveur		N° (réservé au laboratoire) :				
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Groupe Sanguin :	Origine :	Téléphone :				
Pathologie :		Transfusion durant les 15 derniers jours ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
Donneurs :						
Donneur n° 1		N° (réservé au laboratoire) :		Lien de parenté :		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Antécédents :		Groupe Sanguin :		Origine :		
Donneur n° 2		N° (réservé au laboratoire) :		Lien de parenté :		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Antécédents :		Groupe Sanguin :		Origine :		
Donneur n° 3		N° (réservé au laboratoire) :		Lien de parenté :		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Antécédents :		Groupe Sanguin :		Origine :		
Donneur n° 4		N° (réservé au laboratoire) :		Lien de parenté :		
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Antécédents :		Groupe Sanguin :		Origine :		
Examens demandés :				Cachet et signature du médecin		
Typage HLA :	A	B	DR	DQ	C	DP
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Email :						
Attestation de Consentement						
شهادة موافقة						
Je soussigné :	Receveur متلقي الزرع	Donneur n°1 المتبرع رقم 1	Donneur n°2 المتبرع رقم 2	Donneur n°3 المتبرع رقم 3	Donneur n°4 المتبرع رقم 4	أنا الموقع أدناه :
Consent, en connaissance de cause, à ce que :						أقر بالموافقة عن علم على أن يتم :
Le prélèvement pour analyses d'ordre génétique soit effectué chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أخذ عينة الدم لإجراء تحاليل جينية لي
Chez mon enfant mineur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	لطفلي القاصر
Les échantillons soient conservés au niveau du laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	احتفاظ بالعينات على مستوى المخبر
Les résultats puissent être exploités à des fins de recherche dans le respect de l'anonymat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	استخدام النتائج لأغراض علمية دون الإفصاح عن الهوية
Date et signature						التاريخ والتوقيع
Si le prélèvement n'est pas effectué au sein de l'institut Pasteur, merci de préciser :						
Prélevé le :	Heure :	Par* :	Signature :			
Partie réservée au laboratoire :						
Réception le :	Heure :	Par :	Signature :			
Prélèvements (Receveurs et donneurs) :		<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