

Demande de rendez-vous en consultation nouveau-né CNRHP

UF CLINIQUE - CENTRE NATIONAL DE REFERENCE EN HEMOBIOLOGIE PERINATALE - Hôpital Armand Trousseau

A envoyer par fax au 01.44.73.68.40

En l'absence de réponse de notre part à votre fax, vous pouvez contacter la permanence au 01 71 97 03 01

Demandeur :

Téléphone :

Etablissement :

Télécopie :

Date de demande :

Date de sortie prévue :

Enfant :

NOM (déclaré à l'Etat civil) :

Sexe :

Date de naissance :

Terme :

Groupe sanguin :

Prénom :

Lieu de naissance :

Heure de naissance :

Poids de naissance :

Test de Coombs direct : négatif positif

 **Joindre** à la demande tous les documents, **groupe et RAI mère et enfant**

Histoire de l'ictère :

Si possible adresser une copie de la feuille individuelle de surveillance de l'ictère.

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère

Age gestationnel < 38 SA

Incompatibilité ABO

ATCD ictère traité fratrie

Bosse sérosanguine, ecchymose, céphalématome

Origine grands parents : Asie, Afrique, Antilles

Ictère des premières 24 h

RAI mère positive

ATCD hémolyse familiale

Allaitement maternel inefficace

Perte pondérale de 8 % et plus

Date									
Jour	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8
Dosage bilirubine									
Btc valeur (µmol/l)									
PhotoT. (type et durée)									
Hb (g/dl)									
Poids									

Mère :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse :

Nom naissance :

Date de naissance :

Groupe sanguin :

RAI à l'accouchement :

Téléphone (fixe et mobile) :

Rendez-vous CNRHP le :

Convocation et plan transmis :