

**Secteur de Biologie Moléculaire**

Tél : 01.71.97.03.09 Fax : 01.71.97.03.29

**L'identification par le nom de naissance est obligatoire**

NOM DE NAISSANCE: .....

NOM USUEL : .....

Prénom : .....

D. N : .....

Adresse : .....

Tél : .....

**Laboratoire demandeur :**

Adresse : .....

.....

.....

Tél : ..... Fax : .....

**Prescripteur / Etablissement :**

Dr : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél : ..... Fax : .....

**DEMANDE DE TYPAGE GENIQUE de GROUPE SANGUIN FOËTAL**

*Joindre photocopie de la carte de groupe sanguin du patient*

DDR :

DG :

- RH1 (D) à partir de 12SA  KEL1 (Kell) à partir de 13SA  
 RH3 (E) à partir de 13SA  RH4 (petit-c) à partir de 13SA

- RH1 (D)  RH3 (E)  RH4 (petit-c)  KEL1 (Kell)

**A PARTIR DU SANG MATERNEL**

**Prélèvement :** 3 tubes 5 à 7 ml de sang total EDTA  
Délai transmission : 72 H (RH1, RH3 et RH4) / 48H (KEL1)

**A PARTIR DU LIQUIDE AMNIOTIQUE**

**Prélèvement :** 5 ml sur tube stérile  
Délai transmission : 72 H

Date et heure du prélèvement : .....

Nom du préleveur : .....

Si amniocentèse prévue : Date : .....

Date amniocentèse : .....

Motif de l'amniocentèse : .....

Laboratoire de cytogénétique : .....

Préciser l'origine géographique familiale :

Père : .....

Mère : .....

Je soussigné Dr : ....., déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le groupe sanguin foetal

Pour juger s'il y a lieu de recourir à une immuno-prophylaxie Rh anténatale, la patiente étant RH1 Négatif non immunisée.

Pour diagnostiquer une situation d'incompatibilité foeto-maternelle pour la grossesse en cours chez la patiente immunisée.

Je soussigné Melle, Mme : .....

accepte que l'analyse proposée soit faite à partir de l'ADN du foetus, dans un laboratoire autorisé conformément au décret 2006-1661 du 22 Décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal, et qu'une partie du prélèvement soit conservée à des fins de contrôle de qualité ou scientifiques, conformément au décret 2007-1220 du 10 Août 2007.

Déclare avoir compris que la technique d'analyse peut parfois donner un résultat positif en excès (ou faux positif), et qu'un premier résultat peut conduire à demander un second prélèvement de sang maternel pour confirmation.

Fait à ..... Le : .....

Cachet du service et signature du Prescripteur :

Signature de la Patiente :

**Un volet de facturation disponible sur le site [CNRHP.fr](http://CNRHP.fr) est à joindre à cette feuille de demande. En son absence, la facturation est établie à l'encontre de l'établissement demandeur. Pas de facturation au patient.**