

ICTERE NEONATAL - PREVENTION RHESUS - HEMORRAGIE FOETO-MATERNELLE

Prélèvement du :/...../..... àh

Par :

Prescripteur :

Service ou U.F. :

Téléphone : Fax :

(Cachet du service et signature obligatoires)

OBJET DE LA DEMANDE

- BILAN DE PREVENTION RHESUS A L'ACCOUCHEMENT
Prélèvements mère et enfant
- BILAN DE PREVENTION RHESUS A L'ACCOUCHEMENT
Prélèvements mère uniquement
Génotypage RHD fœtal positif (résultat à joindre)
- TEST DE KLEIHAUER : Motif
- BILAN D'INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE (Mère immunisée ou incompatibilité ABO)
- SURVEILLANCE ICTERE DU NOUVEAU-NE
- DOSAGE DE L'ACTIVITE G6PD pour les GARÇONS dont la famille a pour origine :
pays du pourtour méditerranéen, Afrique, Moyen-Orient, Asie du sud-est, Antilles, Inde et Pakistan.

MERE

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

Nom de naissance : GROUPE RH

Nom usuel :

Prénom :

D.N. :

Adresse :

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX : P : G :

GROSSESSE ACTUELLE : DDR :
DDG :

ENFANT

Nature du prélèvement : PERIPHERIQUE CORDON FOETUS

Nom :

Prénom : Terme :

Date de naissance : Heure :

Sexe : P.N. :

Mode d'accouchement : Apgar :

Lieu de naissance : Génotype RHD fœtal :

Prise de paracétamol dans les 48h précédant le prélèvement

Pathologie Néonatale :

Transfusion NON OUI Date :

INJECTION DE GAMMA-GLOBULINES ANTI-D AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? OUI NON

| | | | | | |
|----------------|--|--|--|--|--|
| Dates | | | | | |
| Doses d'anti-D | | | | | |

Recherche d'agglutinines irrégulières pendant la grossesse (R.A.I.)

| | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|--|
| Dates | | | | | |
| Résultats | | | | | |

PERE

Nom : GROUPE RH

Prénom :

D.N. :

Cadres réservés au laboratoire

N° d'accès SGL
Nouveau-né

N° d'accès SGL
Mère

**Un volet de facturation disponible sur le site 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.**

Centre National de Référence en Hémiobiologie Périnatale (CNRHP) - UF d'expertise en Immuno-Hématologie périnatale
Pôle de biologie médicale et pathologie - Hôpital Saint-Antoine ; Tél : 01 49 28 20 00 - 184 rue du Faubourg Saint-Antoine - 75571 Paris cedex 12
Tél : 01 71 97 03 00 ; Fax : 01 71 97 03 29 - Secrétariat : 01 71 97 03 13 - Facturation : 01 49 28 20 00 (Poste 4066)