

## Demande de rendez-vous en consultation nouveau-né CNRHP

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE EN HEMOBIOLOGIE PERINATALE (UF CLINIQUE PEDIATRIQUE) - Hôpital Armand Trousseau  
A envoyer par fax au 01.44.73.68.40, (depuis Trousseau et Tenon : envoyer au 36840),  
ou par mail à [permanence.cnrhp.trs@aphp.fr](mailto:permanence.cnrhp.trs@aphp.fr)

→ **TOUTE FICHE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE**

Joindre à la demande : **CRH, groupe de l'enfant et groupe + RAI de la mère** ←

DEMANDEUR :

Téléphone :

ETABLISSEMENT :

Télécopie (**IMPERATIF !**) :

☞ **Motif de RDV :**

Date demande :

**DATE DE SORTIE PREVUE :**

Enfant :

NOM (déclaré à l'état civil):

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Heure de naissance :

Terme :

Poids de naissance :

Coller l'étiquette

Sortie en HAD :  oui  non

Lieu de naissance :

Groupe sanguin :

Test de Coombs direct :  négatif  positif

Elution :

G6PD :  normal  déficit : \_\_\_\_\_

Electrophorèse de l'Hb :

Origine :

**Histoire de la maladie/contexte/facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère et/ou d'anémie :**

(ATCD familiaux, bosse séro-sanguine, céphalématome, asphyxie ...)

Date									
Jour	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8
Bilirubine Totale Sanguine (µmol/L)									
Biliflash (front / thorax)	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Photothérapie (type et durée)									
Hémoglobine (g/dL)									
Réticulocytes (/mm <sup>3</sup> )									
Plaquettes									
Transfusion /ARANESP®									
Poids (g)									

Mère :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Coller l'étiquette

Groupe sanguin :

RAI à l'accouchement :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Rendez-vous CNRHP (**à transmettre aux parents**) le :

→ **En l'absence de réponse de notre part à votre fax, contactez la permanence au 01 71 97 03 01** ←