

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

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

**A faxer au 01.44.73.68.40**

**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 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 ( $\mu\text{mol/l}$ )									
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 :