

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

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE EN HEMOBIOLOGIE PERINATALE (UF CLINIQUE) - 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** ←

**DEMANDEUR :**

Téléphone :

**ETABLISSEMENT :**

Fax (**IMPERATIF !**) :

**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 :

Lieu de naissance :

Groupe sanguin :

Test de Coombs direct :  négatif  positif

Elution :

G6PD :  normal  déficit

Electrophorèse de l'Hb :

👉 **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**

Incompatibilité ABO

ATCD ictère traité fratrie

Bosse séroangineuse, ecchymose, céphalématome

Origine grands-parents : Asie, Afrique, Antilles

ATCD hémolyse familiale

Sortie en HAD :  oui  non

Suivi prévu avec Sage-Femme

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 :

Groupe sanguin :

RAI à l'accouchement :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

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** ←