

**GÉNOTYPAGE PLAQUETTAIRE FŒTAL SUR SANG MATERNEL
FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

PARTIE 1 À REMPLIR : DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

C.D.P.N. AYANT DEMANDÉ LE GÉNOTYPAGE PLAQUETTAIRE FŒTAL SUR SANG MATERNEL

Coordonnées du médecin en charge du dossier de la patiente :

Nom
Service Hôpital
Téléphone
Courriel

SUIVI DE LA GROSSESSE

Coordonnées du médecin :

Nom
Service Hôpital
Téléphone
Courriel

INFORMATIONS CONCERNANT LA MÈRE

Nom de naissance Nom d'usage
Prénom
Date de naissance / /
Groupe sanguin ABO : Date de Début de Grossesse (DDG) :
Antécédents médicaux :
Antécédents gynécologiques : Gestation / Parité
Fausse(s) couche(s) 2^{ème} trimestre NON OUI
Antécédent enfant thrombopénique à la naissance NON OUI
Anomalie échographique fœtale : NON OUI si oui joindre le compte-rendu d'échographie
Terme : SA
Traitement pendant la grossesse : NON OUI :
Pathologie(s) pendant la grossesse (Thrombopénie gestationnelle, RCIU, altération du rythme cardiaque fœtal, autres ...) :



**Bilan d'immunologie plaquettaire
(sérologie maternelle & génotypage plaquettaire des 2 conjoints)
à joindre impérativement à l'envoi des échantillons en cas de réalisation hors LBM INTS Paris
et hors CNRHP Paris**

INFORMATIONS CONCERNANT LE PÈRE

Nom de naissance Prénom
Date de naissance / /
Groupe sanguin ABO :

PARTIE 2

À REMPLIR : ACCOUCHEMENT ET NOUVEAU-NÉ

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCOUCHEMENT

Modalités Voie Basse Césarienne
 Interruption Médicale de Grossesse OUI NON
 TermeSA + J

INFORMATIONS CONCERNANT LE NOUVEAU-NÉ

Nom de naissance Prénom
 Date de naissance / /
 Sexe M F
 Poids g
 Contexte infectieux NON OUI (préciser) :
 Détresse respiratoire NON OUI
 Signes hémorragiques Pétéchies/ecchymoses Hémorragie intracrânienne

Numération plaquettaire	.....10 ⁹ /L	.....10 ⁹ /L	..... 10 ⁹ /L	..... 10 ⁹ /L	.....10 ⁹ /L	..... 10 ⁹ /L
Date	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Jours après la naissance	Accouchement (J0) <input type="checkbox"/> Sang de cordon <input type="checkbox"/> Sang du bébé	J	J	J	J	J

TRAITEMENT POST NATAL :
 Transfusion de plaquettes
 Mélange de Concentrés de Plaquettes Standard (MCPS) Date :
 CPA non-phénotypé Date :
 CPA phénotypé HPA- Date :
 IgIV Posologie :Dose : Date :
 Autre PSL transfusé CGR PFC Date :
 Autre traitement médical

INFORMATIONS CONCERNANT LA PRISE DE DÉCISION POST-GÉNOTYPAGE PLAQUETTAIRE

Mise en place d'un traitement anténatal maternel OUI NON
 Ig IV : Terme de début et fin de traitement
 Posologie :
 Corticothérapie associée : Terme de début et fin de traitement
 Posologie :