

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

**L'identification par le nom de naissance est obligatoire**

Sexe  Féminin  Masculin

Adresse :

Prélevé le à

par

### CONTEXTE DE LA DEMANDE

Préconceptionnel

Prénatal DDG : DDR :

Postnatal

*Injection de gamma-globulines anti-D au cours de cette grossesse  
(DATES ET DOSES) : .....*

Préopératoire Date et type d'intervention .....

Problème de groupe.....

Transfusion

Date dernière transfusion :

Remarques :

## DEMANDE D'EXAMENS

(TIENT LIEU DE BON DE COMMANDE)

Original du 08/12/20

Etablissement demandeur :

Adresse :

CP Ville :

Tél :

Fax :

Prescripteur / Etablissement de soins :

Docteur :

Etablissement :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Lieu d'accouchement prévu :

### EXAMENS DEMANDES

Pour une carte de groupe demander les 3 premiers examens.

Groupe sanguin ABO Rh(D)

Phénotypes RhKell (CcEeKell)

Recherche d'anticorps irréguliers

Identification d'agglutinines irrégulières

Recherche d'anticorps autres que ceux déjà  
identifiés. Anticorps connus :

Titrage – Dosage pondéral Anti-

Autres

**Joindre copie des résultats de phénotypes, I.A.I. etc...**

**CACHET DU LABORATOIRE et  
Signature du Directeur ou de son délégué**

**Un volet de facturation disponible sur le site [CNRHP.fr](http://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)