

ICTERE NEONATAL - PREVENTION RHESUS - BILAN PRE-TRANSFUSIONNEL (TIU-DECLENCHEMENT)

Prélèvement du :/...../..... àh

Par :

Prescripteur :

Service ou U.F. :

Téléphone : Fax :

(Cachet du service et signature obligatoires)

OBJET DE LA DEMANDE

- TEST DE KLEIHAUER : Motif
- BILAN DE PREVENTION RHESUS
- BILAN D'INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE
- SURVEILLANCE ICTERE DU NOUVEAU-NE
- DOSAGE DE L'ACTIVITE G6PD (Réalisé uniquement chez les garçons)

BILAN PRE-TRANSFUSIONNEL (TIU - Déclenchement)

- RECHERCHE D'AGGLUTININES IRREGULIERES (R.A.I.)
- GROUPE SANGUIN PHENOTYPE
- TEST DE COMPATIBILITE
- AUTRES :

MERE

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

Nom de naissance : **GROUPE RH**

Nom usuel :

Prénom : D.N. :

Lieu de naissance :

Adresse :

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX : P : G :

GROSSESSE ACTUELLE : DDR :
DDG :

ENFANT

Nom :

Prénom : Sexe :

Date de naissance : Heure :

Terme : P.N. :

Mode d'accouchement : Apgar :

Lieu de naissance :

Prise de paracétamol dans les 48h précédant le prélèvement

Pathologie Néonatale (préciser si transfusion)

INJECTION DE GAMMA-GLOBULINES ANTI-D AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? OUI NON

Dates					
Doses d'anti-D					

Recherche d'agglutinines irrégulières pendant la grossesse (R.A.I.)

Dates					
Résultats					

PERE

Nom : **GROUPE RH**

Prénom :

D.N. :

Cadres réservés au laboratoire

N° d'accès synergie

N° d'accès synergie

Nouveau-né

Mère

**La facturation est établie à l'encontre de l'établissement demandeur (conformément aux règles de facturation définies par l'AP-HP)*

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)