

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

Sexe Féminin Masculin

Lieu de naissance :

Adresse :

Prélevé le à par

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Préconceptionnel

Prénatal

Postnatal

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

Préopératoire *Date et type d'intervention*

Exploration d'une anémie

Transfusion

Remarques :

DEMANDE D'EXAMENS

(TIENT LIEU DE BON DE COMMANDE)

Original du 19/09/13

Code CNRHP : "CODE"

Tél :

Fax :

ETABLISSEMENT

Adresse

CODE POSTAL VILLE

Clinicien et établissement de soins

Docteur :

Adresse :

EXAMENS DEMANDES

Pour une carte de groupe demander les 3 premiers examens.

Groupe sanguin ABO Rh(D)

Phénotypes Rh (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**

**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 Hémodiagnostique 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)