

Secteur de Biologie Moléculaire

Tél : 01.71.97.03.09 Fax : 01.71.97.03.29

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

NOM DE NAISSANCE:

NOM USUEL :

Prénom :

D. N :

Adresse :

Tél :

Laboratoire préleveur :

Adresse :

.....

.....

Tél : Fax :

Prescripteur / Etablissement :

Dr :

Adresse :

.....

.....

Tél : Fax :

DEMANDE DE TYPAGE GENIQUE de GROUPE SANGUIN FOËTAL

Joindre photocopie de la carte de groupe sanguin du patient

DDR :

DG :

RH1 (D) à partir de 12SA KEL1 (Kell) à partir de 13SA

RH1 (D) RH3 (E) RH4 (petit-c) KEL1 (Kell)

A PARTIR DU SANG MATERNEL

Prélèvement : 3 tubes 5 à 7 ml de sang total EDTA
Délai transmission : 72 H (RH1) / 48H (KEL1)

A PARTIR DU LIQUIDE AMNIOTIQUE

Prélèvement : 5 ml sur tube stérile
Délai transmission : 72 H

Date du prélèvement :

Nom du préleveur :

Si amniocentèse prévue : Date :

Date amniocentèse :

Motif de l'amniocentèse :

Laboratoire de cytogénétique :

Préciser l'origine géographique familiale :

Père :

Mère :

Je soussigné Dr :, déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le groupe sanguin foetal

- Pour juger s'il y a lieu de recourir à une immuno-prophylaxie Rh anténatale, la patiente étant RH1 Négatif non immunisée.
 Pour diagnostiquer une situation d'incompatibilité foeto-maternelle pour la grossesse en cours chez la patiente immunisée.

Je soussigné Melle, Mme :

accepte que l'analyse proposée soit faite à partir de l'ADN du foetus, dans un laboratoire autorisé conformément au décret 2006-1661 du 22 Décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal, et qu'une partie du prélèvement soit conservée à des fins de contrôle de qualité ou scientifiques, conformément au décret 2007-1220 du 10 Août 2007.

Déclare avoir compris que la technique d'analyse peut parfois donner un résultat positif en excès (ou faux positif), et qu'un premier résultat peut conduire à demander un second prélèvement de sang maternel pour confirmation.

Fait à Le :

Cachet du service et signature du Prescripteur :

Signature de la Patiente :

**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)