

**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 : .....

Date amniocentèse : .....

Nom du préleveur : .....

Motif de l'amniocentèse : .....

Si amniocentèse prévue : Date : .....

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 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)