

ICTERE NEONATAL - PREVENTION RHESUS - HEMORRAGIE FOETO-MATERNELLE

Prélèvement du :/...../..... àh

Par :

Prescripteur :

Service ou U.F. :

Téléphone : Fax :

(Cachet du service et signature obligatoires)

OBJET DE LA DEMANDE

- BILAN DE PREVENTION RHESUS (Mère RhD- à l'accouchement) TEST DE KLEIHAUER : Motif
- BILAN D'INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE (Mère immunisée ou incompatibilité ABO)
- SURVEILLANCE ICTERE DU NOUVEAU-NE
- Si la famille du nouveau-né a pour origine : pays du pourtour méditerranéen, Afrique, Moyen-Orient, Asie du sud-est, Antilles, Inde et Pakistan, merci de cocher cette case et le DOSAGE DE L'ACTIVITE G6PD sera systématiquement réalisé chez les **GARÇONS**.

MERE

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

Nom de naissance : **GROUPE RH**

Nom usuel :

Prénom :

D.N. :

Adresse :

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX : P : G :

GROSSESSE ACTUELLE : DDR :
DDG :

ENFANT

Nature du prélèvement : PERIPHERIQUE CORDON FOETUS

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 :

Transfusion NON OUI Date :

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

Un volet de facturation disponible sur le site 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.