

Demande de rendez-vous en consultation nouveau-né CNRHP

CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE EN HÉMOBIOLOGIE PÉRinataLE (UF CLINIQUE) - Hôpital Armand Trousseau

A envoyer par fax au 01.44.73.68.40, (depuis Trousseau et Tenon envoyer au 36840)

ou par mail à permanence.cnrhp.trs@aphp.fr

→ TOUTE FICHE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE ←

DEMANDEUR :

Téléphone :

ETABLISSEMENT :

Fax (**IMPERATIF !**) :

Date demande :

DATE DE SORTIE PREVUE :

Enfant :

NOM (déclaré à l'état civil) :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Heure de naissance :

Terme :

Poids de naissance :

Lieu de naissance :

Groupe sanguin :

Test de Coombs direct : ☐ négatif ☐ positif

Elution :

G6PD : ☐ normal ☐ déficit

Electrophorèse de l'Hb :

 **Joindre** à la demande tous les documents, **groupe et RAI mère et enfant**

Histoire de l'ictère :

Si possible adresser une copie de la feuille individuelle de surveillance de l'ictère

Facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère

☐ Incompatibilité ABO

☐ ATCD ictère traité fratrie

☐ Bosse séroanguine, ecchymose, céphalématome

☐ Origine grands-parents : Asie, Afrique, Antilles

☐ ATCD hémolyse familiale

☐ Sortie en HAD : ☐ oui ☐ non

☐ Suivi prévu avec Sage-Femme

Date									
Jour	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8
Bilirubine Totale Sanguine (μmol/L)									
Biliflash (front / thorax)	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Photothérapie (type et durée)									
Hémoglobine (g/dL)									
Réticulocytes (/mm ³)									
Plaquettes									
Transfusion/ARANESP®									
Poids (g)									

Mère :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Groupe sanguin :

RAI à l'accouchement :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

Rendez-vous CNRHP (**à transmettre aux parents**) le :

→ En l'absence de réponse de notre part à votre fax, contactez la permanence au 01 71 97 03 01 ←