

## Demande de rendez-vous en consultation nouveau-né CNRHP

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE EN HEMOBIOLOGIE PERINATALE (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](mailto:permanence.cnrhp.trs@aphp.fr)*

→ TOUTE FICHE INCOMPLÈTE NE SERA PAS TRAITEE ←

**DEMANDEUR :**

Téléphone :

**Date demande :**

**Enfant :**

NOM (déclaré à l'état civil) :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Heure de naissance :

Terme :

Poids de naissance :

**ETABLISSEMENT :**

Fax (IMPÉRATIF !) :

**DATE DE SORTIE PRÉVUE :**

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**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Incompatibilité ABO                              | <input type="checkbox"/> Sortie en HAD : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <input type="checkbox"/> ATCD ictère traité fratrie                       | <input type="checkbox"/> Suivi prévu avec Sage-Femme   |
| <input type="checkbox"/> Bosse sérosanguine, ecchymose, céphalhématome    |  |
| <input type="checkbox"/> Origine grands-parents : Asie, Afrique, Antilles |  |
| <input type="checkbox"/> ATCD hémolyse familiale                          |  |

Date	J0	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8
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 <sup>3</sup> )									
Plaquettes									
Transfusion/ARANESP®									
Poids (g)									

**Mère :**

Nom d'usage :

Groupe sanguin :

Nom de naissance :

RAI à l'accouchement :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

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** ←