

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

**L'identification par le nom de naissance est
obligatoire**

Sexe Féminin Masculin

Adresse :

Prélevé le _____ à _____

par _____

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Préconceptionnel

Prénatal DDG : _____ DDR : _____

Postnatal

Injection de gamma-globulines anti-D au cours de cette grossesse
(DATES ET DOSES) :

Préopératoire Date et type d'intervention

Problème de groupe

Transfusion

Date dernière transfusion : _____

Remarques :

DEMANDE D'EXAMENS

(TIENT LIEU DE BON DE COMMANDE)

Original du 08/12/20

Etablissement demandeur :

Adresse :

CP Ville :

Tél :

Fax :

Prescripteur / Etablissement de soins :

Docteur :

Etablissement :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

Lieu d'accouchement prévu :

EXAMENS DEMANDES

Pour une carte de groupe demander les 3 premiers examens.

Groupe sanguin ABO Rh(D)

Phénotypes RhKell (CcEeKell)

Recherche d'anticorps irréguliers

Identification d'agglutinines irrégulières

Recherche d'anticorps autres que ceux déjà
identifiés. Anticorps connus :

Titrage – Dosage pondéral Anti-

Autres

Joindre copie des résultats de phénotypes, I.A.I. etc...

CACHET DU LABORATOIRE et
Signature du Directeur ou de son délégué

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.**

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)