

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin

Lieu de naissance :

Adresse :

Prélève le à par

CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ Préconceptionnel

☐ Prénatal Date de début de grossesse :

☐ Postnatal

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

☐ Préopératoire Date et type d'intervention

☐ Exploration d'une anémie

☐ Transfusion

Date dernière transfusion :

Remarques :

DEMANDE D'EXAMENS

(TIENT LIEU DE BON DE COMMANDE)

Original du 26/07/12

Code CNRHP : « Code »

Tél : « telephone »

Fax : « telephone »

« Etablissements »

« Adresse »

« cp » « ville »

Clinicien et établissement de soins

Docteur :

Adresse :

EXAMENS DEMANDES

Pour une carte de groupe demander les 3 premiers examens.

☐ Groupe sanguin ABO Rh(D)

☐ Phénotypes Rh (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**

**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 Hémobiologie 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)