

UF d'expertise en  
Immuno-Hématologie périnatale  
Responsable : Dr Agnès MAILLOUX

Accueil : 01 71 97 03 00  
Secrétariat : 01 71 97 03 13

**Secteur de Biologie Moléculaire**

Tél : 01.71.97.03.09 Fax : 01.71.97.03.29

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

NOM DE NAISSANCE : .....

NOM USUEL : .....

Prénom : .....

D. N : .....

Adresse : .....

Tél : .....

**Laboratoire demandeur :**

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : .....

---

**Prescripteur / Etablissement :**

Dr : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : .....

**DEMANDE DE TYPAGE GENIQUE de GROUPE SANGUIN FOETAL**

*Joindre photocopie de la carte de groupe sanguin du patient*

DDR :

DDG :

RH1 (D) à partir de 12SA  KEL1 (Kell) à partir de 13SA  
 RH3 (E) à partir de 13SA  RH4 (petit-c) à partir de 13SA

**A PARTIR DU SANG MATERNEL**

Prélèvement : 3 tubes 5 à 7 ml de sang total EDTA  
 Délai transmission : 72 H (RH1, RH3 et RH4) / 48H (KEL1)

Date et heure du prélèvement : .....

Nom du préleveur : .....

Si amniocentèse prévue : Date : .....

RH1 (D)  RH3 (E)  RH4 (petit-c)  KEL1 (Kell)

**A PARTIR DU LIQUIDE AMNIOTIQUE**

Prélèvement : 5 ml sur tube stérile  
 Délai transmission : 72 H

Date et heure de l'amniocentèse : .....

Motif de l'amniocentèse : .....

Laboratoire de cytogénétique : .....

Preciser l'origine géographique familiale :

Père : ..... Mère : .....

Je soussigné Dr : ....., déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le groupe sanguin foetal

- Pour juger s'il y a lieu de recourir à une immuno-prophylaxie Rh anténatale, la patiente étant RH1 Négatif non immunisée.  
 Pour diagnostiquer une situation d'incompatibilité foeto-maternelle pour la grossesse en cours chez la patiente immunisée.

Je soussigné Melle, Mme : ..... accepte que l'analyse proposée soit faite à partir de l'ADN du foetus, dans un laboratoire autorisé conformément au décret 2006-1661 du 22 Décembre 2006 relatif au diagnostic prénatal, et déclare avoir compris que la technique d'analyse peut parfois donner un résultat positif en excès (ou faux positif), et qu'un premier résultat peut conduire à demander un second prélèvement de sang maternel pour confirmation.

Une partie du prélèvement pourra, sauf opposition de votre part, être conservée à des fins de contrôle de qualité ou scientifiques dans le domaine des incompatibilités foeto-maternelles érythrocytaires, conformément au décret 2007-1220 du 10 Août 2007 et Art.16-10 loi n°94-653/Art.16-1 et 16-6 du code civil. Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches et validations de méthodes. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi. Pour toutes questions concernant vos droits contacter [protectiondesdonnees.huep@aphp.fr](mailto:protectiondesdonnees.huep@aphp.fr)

Fait à ..... Le : .....

Cachet du service et signature du Prescripteur :

Signature de la Patiente :

Un volet de facturation disponible sur le site [CNRHP.fr](http://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 Hémostase 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)