

**DETERMINATION PRENATALE DU GENOTYPE RH D FOËTAL A PARTIR DU SANG MATERNEL**

ETABLISSEMENT OU LABORATOIRE DEMANDEUR	PATIENT
(Ou cachet)	(Ou étiquette informatique)
Nom : .....	Nom de famille (Nom de naissance) : _/
Adresse : .....	Nom d'usage (Nom marital ou Nom usuel) : _/
Téléphone : .....	Prénom : _/
Fax : .....	Date de naissance : ___/___/____ sexe :  __
PRESCRIPTEUR : .....	Lieu de naissance : .....
Service Demandeur / Code UF : .....	Adresse : .....
Adresse : .....	.....
Téléphone : .....	.....

Joindre la photocopie de la carte de groupe sanguin de la patiente, et éventuellement celle du géniteur

DDG : ...../...../..... **et/ou** DDR : ...../...../.....

**Origine géographique de la patiente :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Europe dont France métropolitaine | <input type="checkbox"/> Antilles et Guyane                    |
| <input type="checkbox"/> Afrique sub-saharienne            | <input type="checkbox"/> Comores, Mayotte, Réunion, Madagascar |
| <input type="checkbox"/> Asie du Sud Est                   | <input type="checkbox"/> Maghreb                               |
|  | <input type="checkbox"/> Autres : .....                        |

**EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE DEMANDES**

- Détermination prénatale du génotype RH D foetal à partir du sang maternel \***  
 Terme de la grossesse > 11 SA
- 2<sup>ème</sup> Détermination \***  
 Terme de la grossesse > 17 SA  
 (Contrôle nécessaire si premier résultat négatif ou indéterminé, à réaliser à au moins 15 jours d'intervalle ou avant ce délai en cas de grossesse de terme avancé)

10 ml de sang sur EDTA impérativement

Délai de transmission < 72 h

Date de prélèvement : ...../...../.....

Heure de prélèvement : .....

Nom du préleveur : ..... Signature :

Indications

- |  |  |
|--|--|
| Patiente allo-immunisée Anti RH1 (D) OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | Grossesse multiple OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| Dépistage en vue d'une prophylaxie anti-D :  |  |
| <input type="checkbox"/> A titre systématique  | <input type="checkbox"/> Amniocentèse/ choriocentèse                         |
| <input type="checkbox"/> Version par manœuvre externe  | <input type="checkbox"/> Réduction embryonnaire                              |
| <input type="checkbox"/> Interruption de grossesse   | <input type="checkbox"/> Cerclage cervical                                   |

\*Analyse prise en charge par l'assurance maladie (actes 4085 et 4086/ cotation B260 – JO Décision du 24/05/2017)  
 Joindre **obligatoirement** un formulaire de consentement signé par la patiente et le médecin (exemplaire disponible sur demande)

**RESULTATS A TRANSMETTRE AU :** Laboratoire  Médecin

Nombre de tubes transmis  Sang prélevé sur EDTA

Le manuel de prélèvement du laboratoire de biologie médicale de l'EFS Nord de France est à votre disposition sur simple demande et sur le site <https://www.efs.sante.fr/region/nord-de-france> (  activités de laboratoire de biologie médicale)