ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - NORD DE FRANCE
Laboratoire de Biologie Médicale

NDF/LAB/BIM/PRA/FO/003 – V.02
Date application : 02/10/2017

DETERMINATION PRENATALE DU GENOTYPE RH D FŒTAL A PARTIR DU SANG MATERNEL

ETABLISSEMENT OU LABORATOIRE DEMANDEUR

(Ou cachet)

Nom :.....
.....
Adresse : .....
.....
Téléphone :.....
Fax : .....

PRESCRIPTEUR :.....
Service Demandeur / Code UF :.....
Adresse :.....
.....
.....
Téléphone : .....

PATIENT

(Ou étiquette informatique)

Nom de famille (Nom de naissance) :
__/

Nom d'usage (Nom marital ou Nom usuel) :
__/

Prénom : __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Date de naissance : ____/____/_____sexe : I__I
Lieu de naissance : .....
Adresse : .....
.....

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 :

☐ Europe dont France métropolitaine
☐ Afrique sub-saharienne
☐ Asie du Sud Est
☐ Antilles et Guyane
☐ Comores, Mayotte, Réunion, Madagascar
☐ Maghreb
☐ Autres : ……

EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE DEMANDES

☐ **Détermination prénatale du génotype RH D fœtal à partir du sang maternel** *
Terme de la grossesse > 11 SA

☐ **2ème 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 ☐ NON ☐ Grossesse multiple OUI ☐ NON ☐
Dépistage en vue d'une prophylaxie anti-D :

☐ A titre systématique
☐ Version par manœuvre externe
☐ Interruption de grossesse
☐ Amniocentèse/ choriocentèse
☐ Réduction embryonnaire
☐ 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)

Laboratoire de biologie moléculaire en Immuno-Hématologie
DEPOT des analyses : Bâtiment EFS – CHRU Lille – Rue Emile Laine 59037 LILLE Cedex
Secrétariat : 03 28 54 21 89 – Fax : 03 28 54 21 92 – Facturation : 03 28 54 20 14