BILAN DE PREVENTION RHESUS A L'ACCOUCHEMENT AU CNRHP

Quels tubes ? Quelles conditions d'acheminement ?
Exigences pré- analytiques

Depuis de nombreuses années votre établissement nous confie des prélèvements mère/enfant pour la réalisation de la prévention par IgRH chez la femme Rh négatif à l'accouchement.
Il s'agit d'une prestation globale impliquant le CNRHP comme partenaire (clinico-biologique) de ce processus.
Ce type de prestation et la possibilité donnée aux établissements de santé d'Ile de France d'y recourir est décrite dans la circulaire DHOS/SDO/DGS N° 2004-156 du 29 mars 2004 relative au CNRHP (alinéas 2.2.1.2).
Les prestations « prévention » s'inscrivent non seulement dans les missions d'aide aux soins mais aussi dans les missions d'expertise et de veille épidémiologique du CNRHP définies par le Ministère.

Pour la réalisation des différents examens biologiques indispensables pour mener à bien l'immunoprophylaxie vous devez adresser au laboratoire du CNRHP :

1- Une feuille de demande d'examen (modèle ci-joint) **complétée** avec les différents renseignements cliniques, en précisant les dates et doses des éventuelles injections de Rhophylac® réalisées durant la grossesse.

2- Des prélèvements du nouveau- né :
- 200 µl de sang périphérique prélevé **sur tube EDTA pédiatrique (1ml)**
- **Ne pas envoyer du sang de nouveau-né dans des tubes adultes**
- **Ne pas utiliser de tubes secs.**
- Identifier les prélèvements avec une étiquette portant le nom et le prénom de l'enfant et sa date de naissance.
- Si prélèvement sur sang de cordon : 4,5 ml de sang sur EDTA **sans caillot** sont nécessaires (identification sang cordon sur le tube)

3- Des prélèvements de la mère :
3 tubes à prélever au moins 1 heure après la délivrance
- 1 tube de 4,5 ml de sang prélevé sur tube sec
- 1 tube de 4,5 ml de sang prélevé sur EDTA
- 1 tube de 4,5 ml de sang prélevé sur citrate
- Identifier les prélèvements avec une étiquette portant le nom et le prénom de la mère et sa date de naissance.

Conditions de conservations et d'acheminement des prélèvements
Ces prélèvements sont à acheminer au CNRHP à **température ambiante**, **le plus rapidement possible**, **tous les jours**, de manière à respecter le délai de 72h pour une efficacité optimale du traitement par IgRH. En cas d'envoi différé les prélèvements doivent être conservés au réfrigérateur (maximum 12h).

Rendu des résultats
Un conseil personnalisé préconisant selon les cas l'administration d'IgRh avec posologie adaptée ou abstention argumentée est transmis par télécopie systématiquement dans le respect du délai de 72h (numéro de fax convenu avec les cadres). L'ensemble des résultats biologiques (non transmis par téléphone) est ensuite envoyé par courrier dans un délai de 5 jours.

Paris, le 14 juin 2010
Agnès Mailloux, responsable UF biologie CNRHP

Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP)
Hôpital Saint-Antoine ; Tél :01 49 28 20 00
184 rue du Faubourg Saint-Antoine – 75570 Paris cedex 12 ; Tél : 01 71 97 03 01 ; Fax : 01 71 97 03 50
Dr Agnès Mailloux, responsable UF Biologie : 01 71 97 03 24 - Dr Anne Cortey, responsable UF Clinique : 01 71 97 01 16

CENTRE NATIONAL DE REFERENCE EN HEMOBIOLOGIE PERINATALE

HOPITAL SAINT-ANTOINE AP-HP
Pavillon Rabah Deutsch
184 rue du Fg Saint-Antoine
75012 PARIS

Standard *01.71.97.03.00*
Secrétariat *01.71.97.03.13*
*Facturation** *01.49.28.20.00 Poste 40.66*
Télécopie *01.71.97.03.29*

ICTERE NEONATAL – PREVENTION RHESUS – IMMUNISATION

Prélèvement du : ….…../……./…….à…….…h ….……

Par : ……

Prescripteur :

Service ou U.F. : ……

Téléphone : ……

«ETABLISSEMENT»

«Cp» «Ville»

(Cachet du service et signature obligatoires)

OBJET DE LA DEMANDE

- ☐ BILAN DE PREVENTION RHESUS
- ☐ BILAN D'INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE
- ☐ SURVEILLANCE ICTERE DU NOUVEAU-NE
- ☐ RECHERCHE ET DOSAGE D'AGGLUTININES IRREGULIERES (R.A.I.)
- ☐ TEST DE KLEIHAUER : Motif ……
- ☐ AUTRES : ……

MERE

Nom : ……

Nom de J. F. : ……

GROUPE RH

Prénom : …… *D.N. :* ……

Adresse : ……

……

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX : **P :** **G :**

GROSSESSE ACTUELLE : DDR : ……

DDG : ……

ENFANT

Nom : ……

Prénom : …… Sexe : ……

Date de naissance : …… Heure : ……

Terme : …… P.N. : ……

Mode d'accouchement : …… Apgar : ……

Lieu de naissance : ……

Pathologie Néonatale (préciser si transfusion)

INJECTION DE GAMMA-GLOBULINES ANTI-D AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? **OUI ☐** **NON ☐**

Dates					
Doses d'anti-D					

Recherche d'agglutinines irrégulières pendant la grossesse (R.A.I.)

Dates					
Résultats					

PERE

Nom : ……

Prénom : ……

D.N. : ……

GROUPE RH

Cadres réservés au laboratoire	
N° d'accès LMX *Mère*	*N° d'accès LMX* *Nouveau-né*

**La facturation est établie à l'encontre de l'établissement demandeur (conformément aux règles de facturation définies par l'AP-HP)*