

Nom :  
Nom de J.F. :  
Prénom :  
  
Date de naissance :

Sexe  Féminin  Masculin

Lieu de naissance :  
Adresse

Prélevé le par

Clinicien et établissement de soins

## DEMANDE D'EXAMENS

(TIENT LIEU DE BON DE COMMANDE)

Original du 31/01/12

Code CNRHP : «Code»

Tél : «telephone»

Fax : «telephone»

«Etablissements»

«Adresse»

«cp» «ville»

Docteur :

Adresse :

### CONTEXTE DE LA DEMANDE

Préconceptionnel

Prénatal

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

**Remarques :**

### 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 Hémiobiologie 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)