



Grossesse : date des dernières règles : ou âge gestationnel : (semaines). **Rhogam le** :

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hémoglobine <input type="checkbox"/> Globules rouges - Hématocrite <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Groupe ABO + RH <input type="checkbox"/> Sous-groupes RH <input type="checkbox"/> Rech. Aggl. Irrég. (coombs ind.) <input type="checkbox"/> Quick <input type="checkbox"/> Tps de céphaline activée <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> Protéines <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Acide urique <input type="checkbox"/> Créatinine (+ estim. DFG) <input type="checkbox"/> Vitamine D <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun <input type="checkbox"/> TGO <input type="checkbox"/> TGP <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> T4L <input type="checkbox"/> Toxo IgM <input type="checkbox"/> Toxo IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM* <input type="checkbox"/> CMV IgG* <input type="checkbox"/> HIV (1+2)* <input type="checkbox"/> Rubéole IgG* <input type="checkbox"/> Varicelle IgG* <input type="checkbox"/> Ag HBs* <input type="checkbox"/> Anti-HBc* <input type="checkbox"/> HCV Ac totaux* <input type="checkbox"/> Syphilis / Tréponèmes 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Groupe ABO + RH <input type="checkbox"/> Sous-groupes RH Prélèvement vaginal : <input type="checkbox"/> Culture. + ED + antibiogr. (si nécessaire) <input type="checkbox"/> Mycose <input type="checkbox"/> Mycoplasmes uro-génitaux <input type="checkbox"/> Test prénatal non-invasif (à partir de 12 semaines) (1 tube STRECK) (voir formulaire IPG pour demande spécifique NIPT) <input type="checkbox"/> Toxo IgM <input type="checkbox"/> Toxo IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> CMV IgG 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> T4L Urine mi-jet : <input type="checkbox"/> Sédiment + ED + culture <input type="checkbox"/> Rhésus négatif : RhD fœtal (à partir de 12 semaines) (voir verso) <input type="checkbox"/> Rubéole IgM <input type="checkbox"/> Rubéole IgG <input type="checkbox"/> Toxo IgM <input type="checkbox"/> Toxo IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> CMV IgG 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HGPO glucose + insul. 2h (min 4 temps) <input type="checkbox"/> Rech. Aggl. Irrég.: - femmes RH négatif: toujours - femmes RH positif: si allo-immunisation connue et/ou antécédents transfusionnels Injection Rhogam: <input type="checkbox"/> O / <input type="checkbox"/> N Si oui, date d'injection: .../.../... <input type="checkbox"/> Toxo IgM <input type="checkbox"/> Toxo IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> CMV IgG 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hémoglobine <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> Quick <input type="checkbox"/> Tps de céphaline activée <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> Groupe ABO + RH <input type="checkbox"/> Sous-groupes RH <input type="checkbox"/> Rech. Aggl. Irrég.: - femmes RH négatif: toujours - femmes RH positif: si allo-immunisation connue et/ou antécédents transfusionnels Injection Rhogam: <input type="checkbox"/> O / <input type="checkbox"/> N Si oui, date d'injection: .../.../... <input type="checkbox"/> Dépistage Strepto gr. B vagin ET anus (max 1x/grossesse) <input type="checkbox"/> Toxo IgM <input type="checkbox"/> Toxo IgG <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> CMV IgG
--	--	---	---	--

À cocher si grossesse (règle de remboursement)

Toxo IgM + IgG Présomption clinique d'infection aiguë Contrôle d'immunité (max 2x/grossesse sinon 12€ à charge patiente)

CMV IgM + IgG Présomption clinique d'infection aiguë Contrôle d'immunité (12€ à charge patiente)

Autres analyses :	Autres analyses :	Autres analyses :	Autres analyses :	Autres analyses :
.....
.....
.....
.....

Patiente

Nom, Prénom :

Épouse de :

Née le :

Adresse :

Collez ici une vignette (ou transcrivez)

Mutuelle :

N° registre national :

Titulaire du carnet :

Code titulaire (C.T.) :

Médecin

Cachet – INAMI

Date :

Signature :

Copie patiente + paraphe svp :

Copie à :

Clinique CHC MontLégia (Quartier Accouchement)

Clinique CHC Heusy (Quartier Accouchement)

.....

.....

Recherche du gène RHD sur ADN foetal circulant dans le sang maternel à partir de 12 semaines d'aménorrhée

- Patiente allo-immunisée anti-D
- Acte invasif programmé
- À charge de la patiente (±31€)



Envoyer au CHR Citadelle
(sans séparation, endéans 48h)

Renseignements immunohématologiques :

Groupe ABO Rhésus

Sous groupe Rhésus

Allo-anticorps connu(s): Non

Oui Anticorps: (titre :

Renseignements cliniques :

DDR : ... / ... /

Age gestationnel : sem. (DDR), sem. (US)

Patiente allogreffée :

Mère : Caucasien Africain Asiatique

Père : Caucasien Africain Asiatique

Sexe foetal si connu (US) : M F

Prélevé par :

Le ... / ... /

Heure :

Autres renseignements cliniques

.....

.....

.....

.....

.....

.....