

**Secteur de Biologie Moléculaire**

Tél : 01.71.97.03.09 Fax : 01.71.97.03.29

NOM DE NAISSANCE: .....

NOM USUEL : .....

Prénom : .....

D. N : .....

Adresse : .....

Tél : .....

Conjoint de Mme : .....

**Laboratoire demandeur :**

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : .....

---

**Prescripteur / Etablissement :**

Dr : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : .....

**DEMANDE DE TYPAGE GENIQUE**

**d'HOMOZYGOTIE / HETEROZYGOTIE AU LOCUS RHD**

*Joindre photocopie de la carte de groupe sanguin du patient*

**A PARTIR DE SANG TOTAL**

**Prélèvement : 2 tubes 5 à 7 ml de sang total EDTA**  
 Délai transmission : 72 H

Date et heure du prélèvement : .....

Nom du préleveur : .....

Préciser l'origine géographique familiale :

Père : ..... Mère : .....

Je soussigné Dr : ....., déclare avoir informé la patiente de l'intérêt de déterminer le statut d'homozygotie/hétérozygotie pour diagnostiquer une situation d'incompatibilité foeto-maternelle probable lors d'une nouvelle grossesse.

Je soussigné : ..... accepte que l'analyse proposée soit réalisée à partir de mon sang dans un laboratoire spécialisé et agréé.

*Une partie du prélèvement pourra, sauf opposition de votre part, être conservée à des fins de contrôle de qualité ou scientifiques dans le domaine des incompatibilités fœto-maternelles érythrocytaires, conformément au décret 2007-1220 du 10 Août 2007 et Art.16-10 loi n°94-653/Art.16-1 et 16-6 du code civil. Les données médicales associées au prélèvement seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches et validations de méthodes. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi. Pour toutes questions concernant vos droits contacter [protectiondesdonnees.huep@aphp.fr](mailto:protectiondesdonnees.huep@aphp.fr)*

Fait à ..... Le : .....

Cachet du service et signature du Prescripteur :

Signature de la Patiente :

**Un volet de facturation disponible sur le site [CNRHP.fr](http://CNRHP.fr) est à joindre à cette feuille de demande. En son absence, la facturation est établie à l'encontre de l'établissement demandeur. Pas de facturation au patient.**

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)