



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

- Hémoglobine
  - Globules rouges - Hématocrite
  - Plaquettes
  - Ferritine
  - 
  - Groupe ABO + RH
  - Sous-groupes RH
  - Rech. Aggl. Irrég. (coombs ind.)
  - 
  - Quick
  - Tps de céphaline activée
  - Fibrinogène
  - 
  - Protéines
  - Urée
  - Acide urique
  - Créatinine (+ estim. DFG)
  - Vitamine D
  - Glycémie à jeun
  - TGO
  - TGP
  - TSH
  - T4L
  - 
  - Toxo IgM
  - Toxo IgG
  - CMV IgM\*
  - CMV IgG\*
  - HIV (1+2)\*
  - Rubéole IgG\*
  - Varicelle IgG\*
  - Ag HBs\*
  - Anti-HBc\*
  - HCV Ac totaux\*
  - Syphilis / Tréponèmes
- \* : Max 8 sérologies virales

- Groupe ABO + RH
- Sous-groupes RH
- 
- Prélèvement vaginal :
- Culture. + ED + antibiogr. (si nécessaire)
- Mycose
- Mycoplasmes uro-génitaux
- 
- Test prénatal non-invasif (à partir de 12 semaines) (1 tube STRECK) (**voir formulaire IPG pour demande spécifique NIPT**)
- 
- Toxo IgM
- Toxo IgG
- CMV IgM
- CMV IgG

- TSH
- T4L
- 
- Urine mi-jet :
- Sédiment + ED + culture
- 
- Rhésus négatif : RhD fœtal (à partir de 12 semaines) (**voir verso**)
- 
- Rubéole IgM
- Rubéole IgG
- 
- Toxo IgM
- Toxo IgG
- CMV IgM
- CMV IgG

- HGPO glucose + insul. 2h (min 4 temps)
- 
- Rech. Aggl. Irrég.:  
- femmes RH négatif: toujours  
- femmes RH positif: si allo-immunisation connue et/ou antécédents transfusionnels
- 
- Injection Rhogam:  O /  N  
Si oui, date d'injection: .../.../...
- 
- Toxo IgM
- Toxo IgG
- CMV IgM
- CMV IgG

- Hémoglobine
- Plaquettes
- 
- Quick
- Tps de céphaline activée
- Fibrinogène
- 
- Groupe ABO + RH
- Sous-groupes RH
- Rech. Aggl. Irrég.:  
- femmes RH négatif: toujours  
- femmes RH positif: si allo-immunisation connue et/ou antécédents transfusionnels
- 
- Injection Rhogam:  O /  N  
Si oui, date d'injection: .../.../...
- 
- Dépistage Strepto gr. B vagin **ET** anus (max 1x/grossesse)
- 
- Toxo IgM
- Toxo IgG
- CMV IgM
- CMV IgG

**À cocher si grossesse (règle de remboursement)**

**Toxo IgM + IgG**     Présomption clinique d'infection aiguë     Contrôle d'immunité (max 2x/grossesse sinon 10€ à charge patiente)

**CMV IgM + IgG**     Présomption clinique d'infection aiguë     Contrôle d'immunité (10€ 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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....