

NOM : Prénom : Date de naissance :/...../.....	Médecin prescripteur Cachet, signature et date :/...../.....	Date et heure de prélèvement : Lieu de prélèvement : Préleveur :	 Votre réseau de santé Dein Gesundheitsnetzwerk ETIQUETTE LABORATOIRE
<h2 style="margin: 0;">SUIVI DE GROSSESSE</h2> <p style="margin: 0;">ETIQUETTE PATIENT [S4_167labchvedemexamgro-6]</p>		Copie à <input type="checkbox"/> Clinique CHC MontLégia (quartier accouch.) <input type="checkbox"/> Clinique CHC Heusy (quartier accouch.) <input type="checkbox"/>	
Adresse : N° de reg. national : Tél. :		<input type="checkbox"/> Clinique CHC Hermalle 04 374 71 88 <input type="checkbox"/> Clinique CHC Heusy 087 21 37 30 <input type="checkbox"/> Clinique CHC MontLégia 04 355 63 00 <input type="checkbox"/> Clinique CHC Waremmé 019 33 96 66 <input type="checkbox"/> Klinik St. Josef St. Vith 080 85 44 18	



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

<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 ou TGP <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> T4L <input type="checkbox"/> Toxo IgM <input type="checkbox"/> Varicelle IgG* <input type="checkbox"/> Toxo IgG <input type="checkbox"/> Ag HBs* <input type="checkbox"/> CMV IgM* <input type="checkbox"/> Anti-HBc* <input type="checkbox"/> CMV IgG* <input type="checkbox"/> HCV Ac totaux* <input type="checkbox"/> HIV (1+2)* <input type="checkbox"/> Syphilis / Tréponèmes <input type="checkbox"/> Rubéole IgG* *Max 8 sérologies virales	<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"/> TSH <input type="checkbox"/> T4L Urine mi-jet : <input type="checkbox"/> Sédiment + ED + culture <input type="checkbox"/> Rhésus négatif : RhD foetal (à partir de 12 semaines) (voir verso) <input type="checkbox"/> Rubéole IgM <input type="checkbox"/> Rubéole IgG	<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"/> 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)
À cocher si grossesse (règle de remboursement)				
<input type="checkbox"/> Toxo IgM + IgG <input type="checkbox"/> Présomption clinique d'infection aiguë <input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité (max 2x/grossesse sinon 12€ à charge patiente) <input type="checkbox"/> CMV IgM + IgG <input type="checkbox"/> Présomption clinique d'infection aiguë <input type="checkbox"/> Contrôle d'immunité (12 € à charge patiente)				
Autres analyses :	Autres analyses :	Autres analyses :	Autres analyses :	Autres analyses :

○ 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 (± 37€)



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

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