CNRHP
UF d'expertise en
Immuno-Hématologie périnatale
Responsable : Dr Agnès MAILLOUX

LBM des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien
Département médico-universitaire de Biologie génomique (BioGem)
Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP) - UF d'expertise en Immuno-Hématologie périnatale
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)

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
SORBONNE UNIVERSITÉ

GÉNOTYPAGE PLAQUETTAIRE FŒTAL SUR SANG MATERNEL
FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

PARTIE 1 À REMPLIR : DÉROULEMENT DE LA GROSSESSE

C.D.P.N. AYANT DEMANDÉ LE GÉNOTYPAGE PLAQUETTAIRE FŒTAL SUR SANG MATERNEL

Coordonnées du médecin en charge du dossier de la patiente :

Nom ……
Service …… **Hôpital** ……
Téléphone ……...
Courriel ……

SUIVI DE LA GROSSESSE

Coordonnées du médecin :

Nom ……
Service …… **Hôpital** ……
Téléphone ……...
Courriel ……

INFORMATIONS CONCERNANT LA MÈRE

Nom de naissance ……..... **Nom d'usage**…….....
Prénom ……..
Date de naissance …. / …. / …….
Groupe sanguin ABO : …… **Date de Début de Grossesse (DDG) :** ……
Antécédents médicaux :…….....
Antécédents gynécologiques : Gestation …… **/ Parité** ……
Fausse(s) couche(s) 2ème trimestre ☐ NON ☐ OUI

Antécédent enfant thrombopénique à la naissance ☐ NON ☐ OUI
Anomalie échographique fœtale : ☐ NON ☐ OUI si oui joindre le compte-rendu d'échographie
Terme : ……SA
Traitement pendant la grossesse : ☐ NON ☐ OUI : ……

Pathologie(s) pendant la grossesse (Thrombopénie gestationnelle, RCIU, altération du rythme cardiaque fœtal, autres ...) **:** ……

Bilan d'immunologie plaquettaire
(sérologie maternelle & génotypage plaquettaire des 2 conjoints)
à joindre impérativement à l'envoi des échantillons en cas de réalisation hors LBM INTS Paris et hors CNRHP Paris

INFORMATIONS CONCERNANT LE PÈRE

Nom de naissance……..... **Prénom** ……
Date de naissance …. / …. / …….
Groupe sanguin ABO : ……

CNRHP
UF d'expertise en
Immuno-Hématologie périnatale
Responsable : Dr Agnès MAILLOUX

LBM des Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien
Département médico-universitaire de Biologie génomique (BioGem)
Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP) - UF d'expertise en Immuno-Hématologie périnatale
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)

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS
SORBONNE UNIVERSITÉ

PARTIE 2 À REMPLIR : ACCOUCHEMENT ET NOUVEAU-NÉ

INFORMATIONS CONCERNANT L'ACCOUCHEMENT

Modalités ☐ Voie Basse ☐ Césarienne
Interruption Médicale de Grossesse ☐ OUI ☐ NON
Terme ……SA + J

INFORMATIONS CONCERNANT LE NOUVEAU-NÉ

Nom de naissance …… **Prénom** ……
Date de naissance …. / …. / …….

Sexe ☐ M ☐ F
Poids …….. **g**

Contexte infectieux ☐ NON ☐ OUI (préciser) : ……..
Détresse respiratoire ☐ NON ☐ OUI
Signes hémorragiques ☐ Pétéchies/ecchymoses ☐ Hémorragie intracrânienne

Numération plaquettaire	……10^9/L	……10^9/L	…… 10^9/L	……10^9/L	……10^9/L	…… 10
Date	……	……	……	……	……	……
Jours après la naissance	Accouchement (J0) ☐ Sang de cordon ☐ Sang du bébé	J …… .	J ……	J ……	J ……	J ……

TRAITEMENT POST NATAL :

☐ **Transfusion de plaquettes**

☐ Mélange de Concentrés de Plaquettes Standard (MCPS) Date : …….

☐ CPA non-phénotypé Date : …….

☐ CPA phénotypé HPA- …… Date : …….

☐ **IgIV** Posologie : ……Dose : …….. Date : …….

☐ **Autre PSL transfusé** ☐CGR ☐ PFC Date : …….

☐ **Autre traitement médical** ……..
……

INFORMATIONS CONCERNANT LA PRISE DE DÉCISION POST-GÉNOTYPAGE PLAQUETTAIRE

Mise en place d'un traitement anténatal maternel ☐ OUI ☐ NON

Ig IV : Terme de début …… et fin …… de traitement
Posologie : ……
Corticothérapie associée : Terme de début …….. et fin …… de traitement
Posologie : ……