

## DEPISTAGE DES HEMOGLOBINOPATHIES

**Non Facturable**

N° de Prélèvement:

### Prélèvement:

3 ml - sang de cordon - Tube EDTA

Microtube EDTA accepté

Prélevée par:

Date:

Heure:

✓ Sexe du Bébé: F M

### Identité du nouveau-né:

### Renseignements Généraux:

#### \* Champs obligatoires

\* Age gestationnel (semaines): 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32  
33 34 35 36 37 38 39 40 41 42

#### \* Poids:

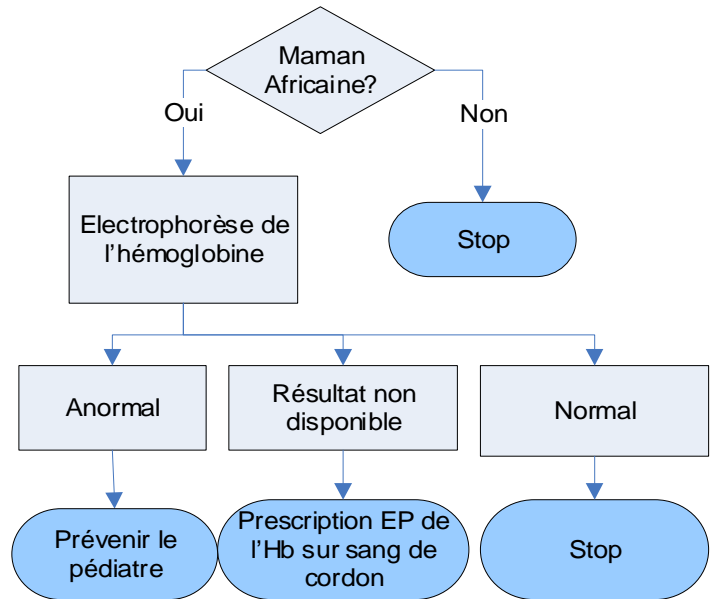
kg: 1 2 3 4  
100g: 1 2 3 4 5 6  
7 8 9

#### \* Notion de transfusion in utéro:

.....

MÈRE
Nom de la Mère: .....
Pays d'origine: .....

PÈRE
Nom du Père : .....
Pays d'origine: .....



✓ Nom du gynécologue: .....

✓ Nom du pédiatre: .....

✓ Localisation: .....

Commentaires:

.....

.....

Date: .....

Signature du prescripteur:

.....

### Informations complémentaires:

Laboratoire d'Hématologie

Dr O. Ketelslegers: 04/321 87 78