

**Génotypage prénatal
Rhésus D fœtal**
à partir du sang maternel
**Genotypering Rhesus D
op foetaal DNA**
in matернаal bloed

Patient :

BON – V1 – 05/2025

VIGNETTE**minimum: nom + prénom + date de
naissance/naam + voornaam +
geboortedatum****MEDECIN**

Nom + signature + INAMI

Je certifie que ma patiente a été pleinement informée des détails, des capacités et des limites du/des test(s). La patiente a donné son consentement pour ce(s) test(s).

Ik verklaar dat mijn patiënte volledig is geïnformeerd over de details, mogelijkheden en beperkingen van de test. De patiënt heeft toestemming gegeven voor de test.

TEL :

FAX :

Copie/Kopij

Copie patient /Kopij patiënt

PRELEVEUR + DATE + HEURE/AFNEMER + DATUM + UURPour plus d'informations concernant les analyses/Voor meer informatie over de analyses : cf. **compendium labo** (compendium.europehospitals.be)

Ce test analyse l'ADN fœtal libre (cfDNA), présent dans le sang maternel, pour déterminer le statut Rhésus-D du fœtus.

Met deze test wordt het foetaal celvrij DNA (cfDNA) geanalyseerd om de Resus-D-status van de foetus te bepalen.

- ☐
- Second prélèvement pour confirmation d'un résultat négatif
-
- ☐
- Tweede bloedafname ter bevestiging van een negatief resultaat

ORIGINES FAMILIALES / FAMILIALE ORIGINE**Mère/Moeder**

Europe/Europa

Afrique/Afrika

Afrique du Nord/Noord-Afrika

Asie/Azië

Autres/andere:

Père/Vader

Europe/Europa

Afrique/Afrika

Afrique du Nord/Noord-Afrika

Asie/Azië

Autres/andere:

PRÉLÈVEMENT DE SANG : 2 tube de sang EDTA dès la 12 S.A. BLOEDAFNAME: 2 EDTA bloedbuis vanaf de 12^e week amenorree.

Date des dernières règles (DDR) : ____ / ____ / ____

Eerste dag laatste menstruatieperiode (ELM) : ____ / ____ / ____

Age gestationnel: ____ semaines ____ jours (DDR)

Zwangerschapsduur: ____ weken ____ dagen (ELM)

____ semaines ____ jours (US)

____ weken ____ dagen (Echo)

RENSEIGNEMENTS IMMUNOHÉMATOLOGIQUES**IMMUNO-HEMATOLOGISCHE INFORMATIE**

Groupe sanguin ABO et Rhésus de la maman :

ABO bloedgroep en Rhesus moeder:

Sous groupe Rhésus de la maman :

Rhesus subgroep moeder:

Groupe sanguin ABO et Rhésus du papa :

ABO bloedgroep en Rhesus vader:

Sous groupe Rhésus du papa :

Rhesus subgroep vader:

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES**BIJKOMENDE INFORMATIE**

Allo-anticorps anti-D déjà présentes chez la patiente ou chez une femme enceinte RH :-1 sur laquelle un acte invasif doit être pratiqué.

☐ OUI → Remboursement INAMI (587053-587064)☐ NON → à charge du Quality plus (hors indication INAMI)

Remarque :

Reeds Allo-antilichamen maternaal anti-D aanwezig of een RH :-1 zwangere vrouw waarbij een invasieve akte moet gebeuren.

☐ JA → RIZIV terugbetaling (587053-587064)☐ NEE → ten laste van de Quality plus (buiten RIZIV)

Opmerking: