

FOR-MULTI-009-04		PLAB		FORMULAIRE GR/RAI				
Coller une étiquette ORDO= Identité retenue		PEXT		Recommandations de l' EFS Pour la réalisation du groupe(GR) et/ ou des agglutinines(RAI)sanguin				
A ce jour Présentation d'un document de Référence				OUI		NON		
A ce jour Concordance des informations entre Carte Vitale – Carte d'Identité – Dossier Patient				OUI		NON		
Dans le cas d'une discordance noter	Identité Usuelle	Identité Carte Vitale		Identité Doc de Référence				
Nom Marital								
Nom de Naissance								
Prénoms								
Documents de référence utilisés pour vérification d'identité								
<input type="checkbox"/> Carte Nationale d'Identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Livret de famille pour les enfants <input type="checkbox"/> Carte de séjour pour les étrangers								
Renseignements cliniques en immuno-hématologie								
		OUI	NON	NE SAIT PAS		OUI	NON	NE SAIT PAS
ATCD Transfusionnel <4mois					Traitement par Ac monoclonal (anti-CD38 / anti-CD47)			
Pré-opératoire Date d'intervention (Validité de 21 jours pour les RAI hors contexte transfusionnel récent ou grossesse)	DATE :			Hémoglobinopathie (maladie génétique de l'Hémoglobine)				
Grossesse en cours – Injection de Rophylac				Allogreffe				
	Si oui DATE							
	DOSE							
VOIE D ADMINISTRATION	Intra-Veineuse	<input type="checkbox"/>	Intra-Musculaire	<input type="checkbox"/>				

FOR-MULTI-009-04		PLAB		FORMULAIRE GR/RAI				
Coller une étiquette ORDO= Identité retenue		PEXT		Recommandations de l' EFS Pour la réalisation du groupe(GR) et/ ou des agglutinines(RAI)sanguin				
A ce jour Présentation d'un document de Référence				OUI		NON		
A ce jour Concordance des informations entre Carte Vitale – Carte d'Identité – Dossier Patient				OUI		NON		
Dans le cas d'une discordance noter	Identité Usuelle	Identité Carte Vitale		Identité Doc de Référence				
Nom Marital								
Nom de Naissance								
Prénoms								
Documents de référence utilisés pour vérification d'identité								
<input type="checkbox"/> Carte Nationale d'Identité <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Livret de famille pour les enfants <input type="checkbox"/> Carte de séjour pour les étrangers								
Renseignements cliniques en immuno-hématologie								
		OUI	NON	NE SAIT PAS		OUI	NON	NE SAIT PAS
ATCD Transfusionnel <4mois					Traitement par Ac monoclonal (anti-CD38 / anti-CD47)			
Pré-opératoire Date d'intervention (Validité de 21 jours pour les RAI hors contexte transfusionnel récent ou grossesse)	DATE :			Hémoglobinopathie (maladie génétique de l'Hémoglobine)				
Grossesse en cours – Injection de Rophylac				Allogreffe				
	Si oui DATE							
	DOSE							
VOIE D ADMINISTRATION	Intra-Veineuse	<input type="checkbox"/>	Intra-Musculaire	<input type="checkbox"/>				