



SELAS ACM BIO - Unilabs

**DEMANDE DE PHENOTYPE
ERYTHROCYTAIRE (ex. GROUPE
SANGUIN), D'AGGLUTININES
IRREGULIERES ET DE COOMBS**
**FICHE A COMPLETER PAR LE
PRELEVEUR ET A JOINDRE AU
PRELEVEMENT**

Ref : MU-ENR-038-07

Version : 07

**PATIENT :**

Madame Monsieur Enfant/Bébé Sexe F M

Nom usuel :

Prénom :

Nom de naissance (obligatoire) : Né(e) le :

Identité contrôlée (avec carte d'identité, passeport ou titre de séjour avec photo) : OUI NON**PRELEVEUR :**

Préleveur (Nom, Prénom) Signature

Qualité : Service :

Point de ponction : Bras gauche Bras droit Autre :

Prélèvement fait le : A (heure) : Nb de tubes(s)EDTA prélevé(s) :

ANALYSE(S) DEMANDEE(S) / RENSEIGNEMENTS CLINIQUE

PHENOTYPE ERYTROCYTAIRE (ex. GROUPE SANGUIN)	<input type="checkbox"/> Grossesse en cours Date de dernières règles :
	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination Grossesse n°
	<input type="checkbox"/> Injection AntiD Dose : Date :
	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination Uniquement si mentionné sur l'ordonnance « Contexte transfusionnel avéré » <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Antécédent fausse couche <input type="checkbox"/> Ictère
	<input type="checkbox"/> Transfusion programmée <input type="checkbox"/> Antécédent de RAI positive
AGGLUTININES IRREGULIERES	<input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion Date de transfusion :
	<input type="checkbox"/> Identification <input type="checkbox"/> Demande pré-opératoire Date de l'intervention :
	<input type="checkbox"/> Titrage d'anticorps <input type="checkbox"/> Rien à signaler
COOMBS	<input type="checkbox"/>