



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