



PATIENT :

Madame Monsieur Enfant/Bébé Sexe F M

Nom usuel :

Prénom :

Nom de naissance (obligatoire):

Né(e) le :

Identité contrôlée (obligatoire): (avec CI, passeport ou titre de séjour) : OUI NON

PRELEVEUR :

Préleveur (Nom, Prénom) Signature :

Qualité : Service :

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

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

ANTECEDENT TRANSFUSIONNEL <4 MOIS	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date de transfusion :
GROSSESSE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Date de début de grossesse :
		Ou Date des dernières règles :
Contexte clinique	INJECTION ROPHYLAC (Anti-D) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Lieu prévu pour accouchement :
		<input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse <input type="checkbox"/> Antécédent fausse couche
Contexte clinique	<input type="checkbox"/> Demande pré-opératoire <input type="checkbox"/> Transfusion programmée	Date de l'intervention :
		Lieu prévu pour intervention :
Contexte clinique	<input type="checkbox"/> Antécédent de RAI positive Prélever un tube supplémentaire si antécédent de RAI positive	<input type="checkbox"/> Hémopathie, traitement anti-CD38, anti-CD47 :

ANALYSE DEMANDEE

PHENOTYPE ERYTROCYTAIRE (ex. GROUPE SANGUIN)	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} détermination <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} détermination Uniquement si mentionné sur l'ordonnance « Contexte transfusionnel avéré »
AGGLUTININES IRREGULIERES	<input type="checkbox"/> Dépistage <input type="checkbox"/> Identification <input type="checkbox"/> Titrage RAPPEL : Prélever un tube supplémentaire si antécédent de RAI positive
COOMBS	<input type="checkbox"/> Dépistage