



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

ANALYSE DEMANDEE

PHENOTYPE ERYTHROCYTAIRE (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