

IDENTITE DU PATIENT (coller l'étiquette)

☐ **URGENT**

Nom de NAISSANCE :

Prénom(s) :

Service :

Nom usuel ou marital : UF :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : H ☐ F ☐

Si hébergement
UF

PRELEVEMENT

Date :/...../..... **Heure :**h.....

Préleveur (nom, prénom, qualité et signature) :

Prescripteur (nom, prénom, signature) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :

Pathologie : Antécédents transfusionnels (< 4mois) : oui ☐ non ☐ Date :/...../..... ☐ Bilan pré-opératoire Date intervention :/...../..... Heure intervention : ☐ Exploration d'une anémie	GROSSESSE : oui ☐ non ☐ Age de la grossesse : Geste/pare : Travail débuté : oui ☐ non ☐ Injection d'Ig anti-D (Rhophylac) ? oui ☐ non ☐ Si oui, date et dose de l'injection :/...../..... Date et résultat RAI avant injection :/...../.....	NOUVEAU-NE Sang veineux ☐ Sang cordon ☐ Identité de la MERE : Nom de naissance : Prénom : Nom marital : Date de naissance :/...../.....
---	--	--

EXAMENS DEMANDES :

☐ **Groupe ABO-RH1 et Phénotype RH-KEL1** (*attention : une seule détermination par demande*)

☐ **Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI)**

☐ **Examen Direct à l'antiglobuline (Coombs direct)**

☐ **Autre(s)** (*préciser*) :

A REMPLIR PAR LE LABORATOIRE

DATE :

HEURE :

OPERATEUR :

TUBES/FLACONS RECUS :

NON CONFORMITE :

Nature	SEC	EDTA	CITRATE	HEPARINE	FLUORE	SSC	FLACONS/POTS	AUTRES
Quantité								