Biologiste Responsable: Dr BROUSSE Mehdi tel : 7795

Tél. SECRETARIAT : 7007
Tél. TECHNICIEN : 7693/2520

Biologistes: Dr DENOYES Roch-Marie, Dr JOMIER Michel, Dr WEITZ Julian, Dr RENAULT Sylvain

Laboratoire de Biologie Médicale

Réf. 153 bis

DEMANDE D'EXAMENS IMMUNO-HEMATOLOGIE (EN PREVISION D'UNE TRANSFUSION)

Version 9

Sexe ❑ M ❑ F
NOM : …….. Prénom : ……..
NOM de naissance :……...
Date de naissance : …..…/…..… /…..…
N° IEP:……

Service : …….....
Date du pvt : ……. Heure…….
Nom préleveur : …….……
Signature du préleveur

Nom Prescripteur : …….…….
Date de la demande : ……..

Signature Prescripteur :

Renseignements cliniques :

❑ Transfusions antérieures : Dates :……
……
❑ Antécédents obstétricaux (nombre et date) :
- Grossesses :…….....
- Fausses couches :……
❑ Injection d'Ig antiD : Date : …….....
❑ Antécédent de greffe de moelle osseuse : Dates :……
❑ Antécédents RAI positives :……..
❑ Diagnostic clinique :……..
……
……..

Examens demandés :

❑ Groupe sanguin (ABO RH1, phénotype, RH Kell1)
(Important 1 demande par détermination)

❑ 1ère détermination
❑ 2ème détermination

❑ Groupe nouveau-né :

Identité de la mère :
Nom de naissance :……..
Nom marital :……...
Prénom :……...
Date de naissance : ……../……../……..

❑ RAI
❑ Test direct à l'antiglobuline (coombs direct)
❑ Epreuve de compatibilité (Cross-Match)
❑ Autres :……..
……
……