

HEMATOLOGIE

Immuno-Hématologie

- FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS -

(doit obligatoirement accompagner une feuille de demande d'analyses)

Secrétariat :

Tél : 01 34 40 20 20

Fax : 01 34 40 21 29

IDENTITE DU PATIENT

Nom* :

Prénom(s) * :

Nom de jeune fille* :

Sexe* : Masculin Féminin

Date de naissance * :

Date et heure du prélèvement : à heures

Nom du préleveur : Nom du prescripteur :

*(Renseignements à préciser sur les étiquettes d'identification des tubes du patient)

CONTEXTE CLINIQUE

Transfusion : oui non Date (préciser si inférieure à 4 mois) :

Grossesse : oui non

Autres renseignements (pathologie, intervention....) :

ELEMENTS D'ORIENTATION **

Résultat du dépistage (joindre une photocopie de la feuille de résultats).....

Antécédents de RAI :

Groupe sanguin complet (ABO RH-KEL1):

Si grossesse en cours, préciser la date de début de grossesse :

Nombre de grossesses antérieures :

Notion d'injection d'anti-D (Rophylac®) : oui non

Si oui , date : Dose injectée : 200µg 300µg

** (à compléter pour toute demande d'identification d'agglutinines irrégulières)