

ETUDE DE L'HEMOGLOBINE STUDY OF HAEMOGLOBIN

Secrétariat :

Tel : +33 1 34 40 20 20

Fax : +33 1 34 40 21 29

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS INFORMATION FORM

| PRESCRIPTEUR / PRESCRIBER | PATIENT / PATIENT |
|--|---|
| Nom / Last name : | Nom / Last name : |
| Date de prélèvement / Sampling date: <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> | Prénom / First name : |
| | Pays d'origine / Country of origin:..... |
| | Date de naissance / Date of birth: <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> |

| MOTIF DE LA DEMANDE / MOTIVE OF REQUEST |
|---|
| <small>(cocher une ou plusieurs réponses / tick one or several answers)</small> |
| <input type="checkbox"/> Examen systématique (conseil génétique dans le cadre d'une grossesse, antécédents familiaux, origine ethnique...) / Systematic examination (genetic counsel for pregnancies, family history, ethnic origin...) |
| <input type="checkbox"/> Recherche d'une thalassémie devant une microcytose et/ou une polyglobulie inexpiquée / Thalassaemia screening in face of microcytosis and/or unexplained polyglobuly |
| <input type="checkbox"/> Suivi d'une hémoglobinoopathie connue (préciser laquelle :) Monitoring of a known haemoglobinopathy (please specify:) |
| <input type="checkbox"/> Mise en évidence d'une Hb anormale lors du dosage d'HbA1c / Underlining of abnormal Hb during HbA1c assay) |
| <input type="checkbox"/> Autre / Others : |

| RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / CLINICAL INFORMATION |
|---|
| <small>INDISPENSABLE à la bonne interprétation : joindre NFS si possible INDISPENSABLE for the interpretation: please attach blood count report if possible</small> |
| Date / Date: <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> |
| <input type="checkbox"/> GR / Red Cells:10 ¹² /l |
| <input type="checkbox"/> Hb / Haemoglobin:g/dl |
| <input type="checkbox"/> VGM / Mean Cell Volume:fl |
| <input type="checkbox"/> Données inconnues / Unknown information |

| TRANSFUSION / TRANSFUSION |
|---|
| Le patient a-t-il été transfusé dans les 3 derniers mois ? Has patient been transfused over the last three months ? |
| <input type="checkbox"/> Non / No |
| <input type="checkbox"/> Donnée inconnue / Unknown information |
| <input type="checkbox"/> Oui / yes Date / Date: <div style="text-align: center;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> |

| BILAN MARTIAL / IRON ASSESSMENT |
|---|
| Un bilan martial a-t-il été réalisé ? Has an iron assessment been performed ? |
| <input type="checkbox"/> Non / No |
| <input type="checkbox"/> Donnée inconnue / Unknown information |
| <input type="checkbox"/> Oui / yes Ferritine/Ferritin:µg/l CST/Saturation of transferrin : ...% |

| HEMOLYSE / HAEMOLYSIS |
|---|
| Un bilan d'hémolyse a-t-il été réalisé ? Has a haemolysis assessment been performed ? |
| <input type="checkbox"/> Non / No |
| <input type="checkbox"/> Donnée inconnue / Unknown information |
| <input type="checkbox"/> Oui / yes <input type="checkbox"/> Bilirubine / Bilirubin <input type="checkbox"/> Haptoglobine / Haptoglobin <input type="checkbox"/> Splénomégalie / Splnomegaly |