IMMUNO-HEMATOLOGIE

Secrétariat :
Tél : +33 1 34 40 97 76
Fax : +33 1 34 40 21 29

- FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS -

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

IDENTITE DU PATIENT

NOM de NAISSANCE* (obligatoire):
……

NOM d'USAGE* :
……

Prénom(s) *: …… **Sexe* : Masculin ☐ Féminin ☐**

Date de naissance *: |__|__|__|__|__|__|

Date et heure du prélèvement : à ……. h…….. min

Nom du préleveur : ……
(Renseignements **identiques** à préciser sur les **tubes du patient**)

CONTEXTE CLINIQUE

RAI pré-opératoire : oui ☐ non ☐

Transfusion : oui ☐ non ☐ Si oui : date < 4 mois : oui ☐ non ☐
A partir du 1er janvier 2019, dans un contexte de transfusion, selon l'arrêté du 26 décembre 2017, la responsabilité de l'exercice des examens en immunohématologie et la délivrance des PSL doit être confiée à une même structure.

Grossesse : oui ☐ non ☐ Si oui, Date de début de grossesse : |__|__|__|__|__|__|

Nombre de grossesses antérieures : ……Autres : IVG ☐ Avortement spontané ☐

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

Si oui , date : |__|__|__|__|__|__| **Dose injectée : 200µg ☐ 300µg ☐**

Myélome multiple traité par Daratumumab : oui ☐ non ☐

Autres renseignements (pathologie….) : ……
……

ELEMENTS D'ORIENTATION **

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

Antécédents de RAI positive: oui ☐ non ☐ Si oui, Ac identifié : ……

Groupe sanguin complet (ABO RH-KEL1) *(joindre une photocopie) :* ……

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