

# ETUDE DE L'HEMOGLOBINE STUDY OF HAEMOGLOBIN

Secrétariat :

Tel : +33 1 34 40 97 76

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;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div>							Prénom / First name : .....
	Pays d'origine / Country of origin:.....						
	Date de naissance / Date of birth: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

MOTIF DE LA DEMANDE / MOTIVE OF REQUEST
(cocher une ou plusieurs réponses / tick one or several answers)
<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 / Thalassemia screening in face of microcytosis and/or unexplained polyglobuly
<input type="checkbox"/> Suivi d'une hémoglobinopathie 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						
INDISPENSABLE à la bonne interprétation : joindre NFS si possible INDISPENSABLE for the interpretation: please attach blood count report if possible						
Date / Date: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
<input type="checkbox"/> GR / Red Cells: ..... 10 <sup>12</sup> /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: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						

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