

IMMUNO-HEMATOLOGIE

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

PRÉLÈVEMENT

N° Client : C /

Cachet obligatoire

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement : h

PATIENTE

PRESCRIPTEUR

NOM :

PRÉNOM :

Nom de Naissance :

Date de Naissance :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse :

CP Ville

Tél :

NOM

PRÉNOM

Adresse

CP Ville

Tél.

Fax.

Adresse e-mail :

Signature :

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 (Rhophylac®) : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, date :

Dose injectée : ☐ 200µg ☐ 300µg

■ Myélome multiple traité par anti-CD38 : ☐ Oui ☐ Non

■ Traitement anti-CD47 : ☐ 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.