

IMMUNO-HEMATOLOGIE

- FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS -

Secrétariat :

Tél : 01 34 40 20 20

Fax : 01 34 40 21 29

(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 1^{er} 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)