

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG CENTRE ATLANTIQUE – SITE DE NIORT

40, Avenue Charles de Gaulle - 79021 NIORT CEDEX

☎ 05 49 79 80 47 – Fax : 05 49 79 21 11

DEMANDE D'EXAMENS IMMUNO-HEMATOLOGIQUES

IDENTITE DU PATIENT (ou ETIQUETTE)
(mentions obligatoires)

Nom de Naissance :

Nom Marital :

Prénom :

Date de Naissance : / /

Sexe : F M

N° identifiant :

ETABLISSEMENT ET SERVICE DEMANDEUR

.....

.....

.....

Renseignements cliniques

Transfusions antérieures Dates :

Antécédents obstétricaux : Grossesses (nbre) (dates) Fausses couches :

Injection d'Ig anti D : date

Antécédents RAI positives :

Diagnostic :

DEMANDE : Date : / / **PRESCRIPTEUR (Nom obligatoire et signature) :**

(obligatoire)

PRELEVEMENT : Date et Heure : / / **Nom du préleveur :**

(obligatoire) h (obligatoire)

Qualité :

(obligatoire)

Signature du préleveur :

(obligatoire)

Nombre de tubes prélevés :

(les tubes doivent être identifiés : Nom de naissance Nom marital- Prénom - Date de Naissance - date et heure de prélèvement)

EXAMENS DEMANDES

Transfusion prévue le : / / à h.....

Epreuve de compatibilité (1 tube sec + 1 tube EDTA)
(si le patient est un nouveau-né, réaliser l'examen à partir de sang de la mère)

Identité de la mère :

Nom de naissance :

Nom marital:

Prénom :

Date de naissance :

Pour toute Epreuve de compatibilité, joindre le résultat daté de l'identification de la RAI)