|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E. Santé ou LBM EMETTEUR** |  | **LABORATOIRE DESTINATAIRE** |
|  |  | **Laboratoire Etablissement Français du Sang-IDF**  **Site** ……………………  **Adresse :** …………………………………………………  ………………………………………………………………  ………………………………………………………………  **🕿 :…………………….** **FAX : ………………………..** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identité du Patient** | **Unité de Soins** | **Identité du Prescripteur** | **Identité du Préleveur** |
| Nom de naissance : | Service : | **Nom :** | **Nom :** |
| Prénom : | UA/UH : | Qualité : | Qualité : |
| Nom marital : |  |  | N° identifiant personnel : …………………………. |
| Date de naissance : / / | **🕿** **:** | Date de la prescription : | **Date** : / / |
| Sexe :  M  F  NIP/IPP : | **FAX :** |  | **Heure :** |

|  |  |
| --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES** | |
| **Antécédents de grossesses :**  NON  OUI  **Grossesse en cours :**  NON  OUI  Nbre semaines d’aménorrhée : ……..  Date dernière injection Rhophylac : / /  Dernière RAI avant injection Rhophylac : joindre le document  **Pathologie :**  Greffe CSH  Myelome  Tt AC monoclonal  Drépanocytose  Hémopathie  Hémoglobinopathie  Maladie auto-immune  Exploration ictère  Exploration anémie | **SI DEMANDE URGENTE : Cocher ici 🠚**  **ET préciser impérativement le motif de l’urgence :**  **Urgence absolue** …………………..  **Urgence relative** (< 3 heures) : ……………  **Prescription associée de PSL** :  NON  OUI  **Type intervention / date** : ……………………………..….  ………………………………………………………………........  **Nouveau-né : préciser l’identité de la mère**  : ………………………………………………………………  ……………………………………………………………… |
| **Autre pathologie** : …………………………………………  *Le patient s’oppose à l’utilisation de son échantillon sanguin*  *pour la validation de nos techniques de laboratoire* | **Antécédent de** **TRANSFUSION** **:**  NON  OUI  Si oui **Date de la dernière transfusion :** / /  **Antécédents de RAI positive :**  NON  OUI  Si oui : joindre le document |

|  |
| --- |
| **PRELEVEMENTS DE SANG VEINEUX Cocher les EXAMENS demandés :** |
| **Détermination du groupe ABO RH1 - RH-KEL1 (+TDA si enfant < 4 mois si non fourni)**  **Dépistage d’anticorps irréguliers (RAI)**  **Identification d’anticorps irréguliers (RAI) (fournir résultat du dépistage)**  **Epreuve de compatibilité érythrocytaire**  **1 tube EDTA**  **Phénotype érythrocytaire étendu**  **TDA : Test direct à l’antiglobuline**  **Titrage d’anti-A et/ou d’anti-B immuns**  **Titrage d’agglutinines froides**  **Titrage d’anticorps chez la femme enceinte**  **Bilan d’un incident transfusionnel**  **Bilan d’une anémie hémolytique (1 tube EDTA + 1 tube sec)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Réservé au laboratoire** | **Demande Conforme** :  OUI  NON  Service averti par téléphone  Code NC :  Demande régularisée  Dérogation  Signature : | **N°Echantillon :** |