**Prescripteur :** Téléphone : Fax :

ES/Service : E-mail :

**Patient :**

**Nom usuel : …………………………………………..**

**Nom de naissance : …………………………………**

**Prénom : ………………………………………………**

**Date de naissance : ….…./….…./……...**

**Sexe :  F  M**

**Renseignements cliniques et thérapeutiques :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Médicaments incriminés** | Date introduction | Date arrêt | Délai apparition des SC  (en jours ou heures) | Antécédent de traitement  (dates ou années) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pathologies du patient** | |
| Insuffisance rénale aiguë | OUI  NON |
| Transfusion (historique transfusionnel) | OUI  NON PSL/date : |
| Traitement par corticoïdes | OUI  NON Date : |
| Hémodialyse post-anémie hémolytique | OUI  NON Date : |

**Renseignements biologiques :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Examens** | **Résultats** | **Date** |
| Hémoglobine pré-traitement (g/l) |  |  |
| Hémoglobine post-traitement (g/l) |  |  |
| Réticulocytes (G/l) |  |  |
| Présence de schizocytes (%) |  |  |
| LDH (UI/l) |  |  |
| Haptoglobine (g/l) |  |  |
| Bilirubine totale / non conjuguée (µmol/l) | **/** |  |
| Créatinine sanguine (µmol/l) |  |  |
| Hémoglobinurie (nombre de croix) | OUI  NON |  |
| RAI / identification |  |  |
| Examen direct à l’antiglobuline | **IgG :**  **C3d :** |  |
| Elution |  |  |

**Prélèvements / médicaments requis :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Prélèvements** | Minimum 7 ml sang total EDTA  Minimum 7 ml sang total sur tube sec sans gel séparateur  Prélever 48-72 heures après l’arrêt des médicaments incriminés |
| **Médicaments incriminés** | 2 échantillons de chaque médicament |
| **Attention :** si médicament composé de 2 principes actifs, envoyer un échantillon de la spécialité et un échantillon d’un principe actif seul (ex. Tazocilline : envoyer Tazocilline + Pipéracilline) | |

**Personne ayant complété le document : Visa :**

**Fonction :**