

**CALEDOBIO****– LABORATOIRE ILE NOU –****DEMANDE D'ANALYSE**

Tel : 28 19 86 Fax : 26 45 16

Vérification Pièce d'identité : OK ? ☐

N° de demande :

ZONE RESERVEE AU S.T.S.

REFERENCES DU PATIENT (ou étiquette)

Sexe :

Nom de Naissance :

Nom Marital :

Prénom :

Date de naissance :

S'il s'agit d'un nouveau-né Indiquer
l'identité de la mère

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Nom du préleveur :

Signature :

Date et heure de pvt :

GROUPAGE ABO-RHD

PHENOTYPE RHESUS-KELL

ANALYSES DEMANDEES

Réf. : GESO-STIS-EN-04.4 07/12/2016

Groupe Sanguin ABO-RhK + RAI ☐

1 Tube EDTA (mauve)

Groupe Sanguin ABO-RhK : ☐

1 Tube EDTA (mauve)

Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI) : ☐

1 Tube EDTA (mauve)

Test de Coombs Direct : ☐

1 Tube EDTA (mauve)

Recherche d'Ig anti-D résiduelles après injection d'Immunoglobulines anti-D : ☐

1 Tube EDTA (mauve)

Date de l'injection d'Ig anti-D :

/ /

Antécédents de transfusion : OUI NON

Antécédents de grossesse : OUI NON

Traitement hématologique (ex : Darzalex*) : OUI NON

Prescripteur

Renseignements
Cliniques

C	c	E	e	K	k

R.A.I. :

Coombs Direct (Ig poly) :

IgG	IgA	IgM	C3c	C3d
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Saisie :

Initiale
Technicien(ne)

ABO-RHK1

ABO-RHK2

RAI

CD