



CALEDOBIO

- LABORATOIRE ILE NOU -

DEMANDE D'ANALYSE

Tel : 28 19 86 Fax : 26 45 16

Vérification Pièce d'identité : OK ? N° de demande :

REFERENCES DU PATIENT (ou étiquette) Sexe :

ZONE RESERVEE AU S.T.S.

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

ANALYSES DEMANDEES

Réf. : GESO-STS-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 : / /

C c E e K k

Antécédents de transfusion : OUI NON

Antécédents de grossesse : OUI NON

Traitement hématologique (ex : Darzalex*) : OUI NON

Saisie : Initialie

Technicien(ne)

ABO-RHK1

ABO-RHK2

RAI

CD

Prescripteur

Renseignements
Cliniques