

# CENTRE HOSPITALIER DE NIORT

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Circulaire Ministérielle du 15.12.03)

### EXAMENS IMMUNO-HEMATOLOGIQUES

A remplir systématiquement pour toute demande immuno-hématologique

Adressée au CH de NIORT

#### MALADE :

NOM : Prénom :

Nom de Naissance : Sexe :

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

ANTECEDENTS TRANSFUSIONNELS < 4 mois :  OUI  NON

Renseignements cliniques (obligatoires) : urgence, bilan préop, bilan transfusionnel

.....

.....

#### Examens demandés :

- Groupage sanguin
- Phénotype : Rh Kell ou autre
- Recherche d'agglutinines irrégulières
  - Joindre obligatoirement 2 grands tubes EDTA et 1 tube sec
  - Si témoin auto et/ou Coombs direct positif, des adsorptions seront nécessaires ; joindre les tubes en conséquence
- Adsorptions :
  - Joindre obligatoirement 3 tubes EDTA de 10 ml (ou 6 tubes de 5 ml) + 1 tube sec de 10 ml (ou 2 de 5 ml)

#### PRESCRIPTEUR :

MEDECIN A CONTACTER :



Résultats à faxer : oui/non

N° Fax :

#### PRELEVEUR :

Signature :

Nom :

Qualité :

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

# CENTRE HOSPITALIER DE NIORT

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(Circulaire Ministérielle du 15.12.03)

### EXAMENS IMMUNO-HEMATOLOGIQUES

A remplir systématiquement pour toute demande immuno-hématologique

Adressée au CH de NIORT

#### MALADE :

NOM : Prénom :

Nom de Naissance : Sexe :

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

ANTECEDENTS TRANSFUSIONNELS < 4 mois :  OUI  NON

Renseignements cliniques (obligatoires) : urgence, bilan préop, bilan transfusionnel

.....

.....

#### Examens demandés :

- Groupage sanguin
- Phénotype : Rh Kell ou autre
- Recherche d'agglutinines irrégulières
  - Joindre obligatoirement 2 grands tubes EDTA et 1 tube sec
  - Si témoin auto et/ou Coombs direct positif, des adsorptions seront nécessaires ; joindre les tubes en conséquence
- Adsorptions :
  - Joindre obligatoirement 3 tubes EDTA de 10 ml (ou 6 tubes de 5 ml) + 1 tube sec de 10 ml (ou 2 de 5 ml)

#### PRESCRIPTEUR :

MEDECIN A CONTACTER :



Résultats à faxer : oui/non

N° Fax :

#### PRELEVEUR :

Signature :

Nom :

Qualité :

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :