FORMULAIRE
IDF/LAB/IHE/FO/157
Version N°9 Ancienne référence : E-2123
Date de diffusion : 17/12/2018

DEMANDE D'EXAMENS D'IMMUNO-HÉMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE

E. Santé ou LBM EMETTEUR	LABORATOIRE DESTINATAIRE
Laboratoire de Biologie Médicale Centre hospitalier de Rambouillet **Adresse: 5-7 rue Pierre et Marie Curie – 78514 Rambouillet** **☎ : 01.34.83.78.33 FAX : 01.34.83.76.39**	**Laboratoire Etablissement Français du Sang - IDF** **Site VERSAILLES** **Adresse : 2, rue JL Forain – 78150 LE CHESNAY** **☎ : 01.39.23.45.25 FAX : 01.39.23.45.70**

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

Autre pathologie : .....

☐ *Le patient s'oppose à l'utilisation de son échantillon sanguin pour la validation de nos techniques de laboratoire*

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 :**
.....
.....

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**
☐ **Phénotype érythrocytaire étendu**
☐ **TDA : Test direct à l'antiglobuline** ☐ **Elution**
☐ **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)**

} **1 tube EDTA**

Réservé au laboratoire

Demande Conforme : ☐ OUI ☐ NON ☐ Service averti par téléphone
Code NC : ☐ Demande régularisée ☐ Dérogation
Signature :

N°Echantillon :