GROUPES SANGUINS ET RAI Référence IMH 20170822 version 04

Service de Biologie Médicale
Pour tout renseignement contactez le secteur concerné

Tel secrétariat : 0134837833 Tel technicien de garde : 0134837878 poste 8203

Réservé au laboratoire N° enregistrement DxLab :	

Identité du patient	Identité du prescripteur	Code UF	Identité du préleveur
Etiquette Patient Nom de naissance : Nom marital : Prénom : Date de naissance : Sexe : O M O F Lieu de naissance :	Nom :		Nom : Prénom : Signature : Date : Heure :

ANALYSES DEMANDEES	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES **OBLIGATOIRES**
❑ **URGENT :** O Urgence vitale (1 Heure) O Urgence relative (2 à 3 heures) ❑ **NON URGENT :** O Transfusion prévue le : O Bloc prévu le :	Antécédent de RAI positive : O NON O OUI : Transfusions antérieures : O NON O OUI . Si oui date de la dernière transfusion : Seuil transfusionnel : ……g/dL
Patient âgé de > 6 mois : ❑ Détermination du groupe sanguin ABO Rhésus/phénotype érythrocytaire O 1ère détermination (GI) O 2ème détermination (GRRHII) O contrôle d'un groupe extérieur (GI) ❑ Dépistage d'agglutinines irrégulières (RAI) ❑ Test direct à l'antiglobuline (TDA – test de Coombs Direct) (CD)	Grossesse en cours : O NON O OUI Si oui nombre de semaines d'aménorrhée : Injection d'anti-D : O NON O OUI Si oui : ○ date de la dernière injection de Rophylac : ○ Résultats de RAI dans les 10 jours avant injection de Rhophylac Date : Résultat : Grossesses antérieures : (y compris fausse couche et interruption de grossesse) O NON O OUI Si oui combien : Pathologie principale :
Patient âgé de < 6 mois : Détermination du groupe sanguin ABO Rhésus/phénotype érythrocytaire O groupe nouveau né (GRRHI) O Test direct à l'antiglobuline (TDA – test de Coombs Direct) (CD)	Etiquette de la mère : **si patient <6 mois** Nom de naissance : Nom marital : Prénom : Date de naissance : Sexe : O M O F

Réservé au laboratoire Initiales du technicien :	Nombre de tubes reçus : Tube de purge : OUI NON grand : petit : micro :	Demande conforme : OUI NON : ❑ Service averti par téléphone ❑ Dérogation Signature du biologiste :	Demande de réédition : Date de réalisation : Numéro :