DÉPARTEMENT DE PARIS

Edison Tuberculose
Centre de Sante

Téléphone : 01 44 97 87 22

Fax : 01 44 97 86 50

3EDT

NOM usuel :
(ou étiquette)
Prénom:
NOM de naissance :
L'identification par le nom de naissance est obligatoire
Date de naissance :
Sexe : M ☐ F ☐

Prescripteur :
(nom et signature)
Docteur :
Téléphone : **Fax :**
Date de prescription :
Préleveur :
(nom et signature)
Date et heure du prélèvement :

CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ Préconceptionnel
☐ Prénatal DDG : DDR :
☐ Postnatal
Injection de gamma-globulines anti-D au cours de cette grossesse (DATES ET DOSES) :

☐ Préopératoire *Date et type d'intervention :*
☐ Problème de groupe :
☐ Transfusion Date dernière transfusion

EXAMENS DEMANDES

Pour une carte de groupe demander les 3 premiers examens.

☐ Groupe sanguin ABO Rh(D)
☐ Phénotypes Rh Kell (CcEeKell)
☐ Recherche d'anticorps irréguliers
☐ Identification d'agglutinines irrégulières
☐ Recherche d'anticorps autres que ceux déjà identifiés. Anticorps connus :
☐ Titrage – Dosage pondéral Anti-
☐ Autres