

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Date de naissance* :/...../..... Sexe* : M F

Adresse* :

.....

Code postal* : Ville* :

Mail* :

Tél.* : _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

N° sécurité sociale* :

.....

Caisse Assurance maladie : Dpt :

Mutuelle :

Prise en charge : ALD Invalidité Stérilité CMU
 grossesse Accident de travail

Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient) :
 CNI Passeport Livret de famille
 Autres :

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement :/...../..... Heure :

Préleveur :

Lieu : Domicile ES / EPHAD Autre :

TRANSMIS PAR :

ÉTIQUETTE SIL (réservé LABO)

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Mail* Remis en main propre (labo) Courrier postal

Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé :
Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. Si le patient s'oppose, cocher cette case

RÉCEPTION DU FLACON (case réservée au laboratoire)

Réceptionné le Àh.....

Par

Flacon(s) conforme(s) à réception Oui Non

Type NC :

PATIENT (*obligatoire)

Nom d'usage* :

Prénom* :

Nom de naissance* :

Date de naissance* :/...../..... Sexe* : M F

Adresse* :

.....

Code postal* : Ville* :

Mail* :

Tél.* : _ _ _ - _ _ _ _ - _ _ _ _

N° sécurité sociale* :

.....

Caisse Assurance maladie : Dpt :

Mutuelle :

Prise en charge : ALD Invalidité Stérilité CMU
 grossesse Accident de travail

Identité vérifiée par pièce d'identité (nouveau patient) :
 CNI Passeport Livret de famille
 Autres :

PRÉLÈVEMENT

Date de prélèvement :/...../..... Heure :

Préleveur :

Lieu : Domicile ES / EPHAD Autre :

TRANSMIS PAR :

ÉTIQUETTE SIL (Réservé LABO)

TRANSMISSION DES RÉSULTATS

Mail* Remis en main propre (labo) Courrier postal

Autorisation de diffuser les résultats aux professionnels de santé :
Sauf opposition de la part du patient, le laboratoire est susceptible de communiquer les résultats aux professionnels appartenant à l'équipe de soins. Si le patient s'oppose, cocher cette case

RÉCEPTION DU FLACON (case réservée au laboratoire)

Réceptionné le Àh.....

Par

Flacon(s) conforme(s) à réception Oui Non

Type NC :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Transfusions sanguines antérieures : Oui Non Date de la dernière transfusion :/...../.....

Réservé au laboratoire : Si transfusion <4 mois, le groupe n'est pas réalisable au laboratoire. Contacter le prescripteur. Après accord, faire un envoi au laboratoire sous-traitant spécialisé (XGR1 et XGR2)

Allogreffe de cellules souches ou de moelle : Oui Non Date :/...../..... Lieu :

Réservé au laboratoire : Envoi direct du groupe au laboratoire sous-traitant spécialisé. (XGR1 et XGR2)

Injection d'immunoglobulines polyvalentes

(Privigen®, Tégéline®, Clairyg®, Octagam®, Hizentra®, Gammanorm®, Daratumumab®, anti-CD38):

Oui Non Date :/...../.....

Réservé au laboratoire : Envoi direct au laboratoire sous-traitant spécialisé. (RAIEFS)

Antécédent d'immunisation (RAI/ RAAE+) : Oui Non Date :/...../.....

Traitement immunosuppresseur : Oui Non Nom :

Bilan pré-opératoire : Oui Non Date :/...../.....

Bilan pré-transfusionnel : Oui Non Date :/...../.....

Pour la femme :

Nombre de grossesse :

Grossesse en cours : Oui Non Date de début de grossesse :/...../.....

Injection Anti-D (Rophylac®) : Oui Non Date :/...../.....

Dose injectée : 100µg 200µg 300µg

Contexte : Pas de contexte clinique particulier Avortement spontané Saignements Traumatisme IVG

Si injection d'Anti-D : Date de la dernière RAI/RAAE négative/...../.....

Nom du laboratoire ayant effectué l'analyse :

Maternité d'accouchement :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Transfusions sanguines antérieures : Oui Non Date de la dernière transfusion :/...../.....

Réservé au laboratoire : Si transfusion <4 mois, le groupe n'est pas réalisable au laboratoire. Contacter le prescripteur. Après accord, faire un envoi au laboratoire sous-traitant spécialisé (XGR1 et XGR2)

Allogreffe de cellules souches ou de moelle : Oui Non Date :/...../..... Lieu :

Réservé au laboratoire : Envoi direct du groupe au laboratoire sous-traitant spécialisé. (XGR1 et XGR2)

Injection d'immunoglobulines polyvalentes

(Privigen®, Tégéline®, Clairyg®, Octagam®, Hizentra®, Gammanorm®, Daratumumab®, anti-CD38) :

Oui Non Date :/...../.....

Réservé au laboratoire : Envoi direct au laboratoire sous-traitant spécialisé. (RAIEFS)

Antécédent d'immunisation (RAI/ RAAE+) : Oui Non Date :/...../.....

Traitement immunosuppresseur : Oui Non Nom :

Bilan pré-opératoire : Oui Non Date :/...../.....

Bilan pré-transfusionnel : Oui Non Date :/...../.....

Pour la femme :

Nombre de grossesse :

Grossesse en cours : Oui Non Date de début de grossesse :/...../.....

Injection Anti-D (Rophylac®) : Oui Non Date :/...../.....

Dose injectée : 100µg 200µg 300µg

Contexte : Pas de contexte clinique particulier Avortement spontané Saignements Traumatisme IVG

Si injection d'Anti-D : Date de la dernière RAI/RAAE négative/...../.....

Nom du laboratoire ayant effectué l'analyse :

Maternité d'accouchement :