

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE

FICHE D'IDENTIFICATION IMMUNO-HEMATOLOGIE

RAI et GROUPE SANGUIN

Dossier N° :

Prélever un tube portant très lisiblement - **Nom de naissance, nom marital, prénom, date de naissance, sexe**
La vérification de l'identité du patient à partir d'un document officiel d'identité est obligatoire (selon l'arrêté du 15 mai 2018)

Nom de naissance :

Prénom :

Nom marital :

Sexe :

Date de naissance :

Document d'identité présenté carte d'identité passeport titre de séjour permis de conduire

Transfusions antérieures : OUI NON Date :/...../..... < 4 mois

Grossesse en cours : OUI NON Date de début de grossesse :/...../.....
(si grossesse)

Grossesses antérieures : OUI NON Nombre : _____

Injection AntiD - Rhophylac : OUI NON Date :/...../.....

Si oui Dose : 200 µg 300 µg Injection IV IM

Bilan pré-opératoire : OUI NON Date :/...../.....

Observations particulières : _____

NOM et QUALITÉ de la personne ayant effectué le prélèvement : _____

DATE :

HEURE :

SIGNATURE :