BIOGROUP biologie médicale	Fiche de renseignements-test de Kleihauer	C-PRA-E119-01

Patiente :

Nom : ….....

Nom de naissance : ….....

Prénom : ….....

Date de naissance : …../...../.....

Date du prélèvement :...../...../.....

Heure de prélèvement :.....

Renseignements cliniques :

☐ **Prévention d 'une immunisation anti-D==> adaptation de la dose d'IgG anti-D**
Date de l'accouchement : ….....

☐ **Hémorragie foeto-maternelle==> évaluation du risque foetal**