

## Fiche de renseignements devant accompagner la demande de test de Kleihauer

Version N°6 - Date de diffusion 25/09/2019

Documents rattachés : BFC/LAB/CYT/FI/024

### PATIENTE

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Rhésus : négatif  positif 

### PRELEVEMENT

Date : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| Heure :

Date d'accouchement : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

### INDICATIONS

- 
- Avant injection d'immunoglobulines anti-D

*Les résultats seront disponibles dans les 72h suivant le prélèvement*

- 
- Autre :
- uniquement**
- sur appel téléphonique du médecin prescripteur au laboratoire de cytologie

*Les résultats seront communiqués par téléphone*

### COORDONNEES (afin de communiquer les résultats pathologiques)

Service :

Numéro de téléphone (complet) :

Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
SCHILLINGER Françoise 20/09/2019	PUYRAIMOND Sandrine (25/09/2019)	SCHILLINGER Françoise (25/09/2019)