

# IMMUNO-HEMATOLOGIE

## - FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS -

Secrétariat :

Tél : 01 34 40 20 20

Fax : 01 34 40 21 29

(doit obligatoirement accompagner une feuille de demande d'examens)

### IDENTITE DU PATIENT

**NOM de NAISSANCE\*** (obligatoire): .....

**NOM d'USAGE\*** : .....

**Prénom(s) \*** : ..... **Sexe\*** : Masculin  Féminin

**Date de naissance \***:

**Date et heure du prélèvement** :       à ..... h..... min

**Nom du préleveur** : .....

(Renseignements **identiques** à préciser sur les **tubes du patient**)

### CONTEXTE CLINIQUE

**RAI pré-opératoire** : oui  non

**Transfusion** : oui  non  **Si oui** : **date < 4 mois** : oui  non

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019, dans un contexte de transfusion, selon l'arrêté du 26 décembre 2017, la responsabilité de l'exercice des examens en immunohématologie et la délivrance des PSL doit être confiée à une même structure.

**Grossesse** : oui  non  **Si oui**, **Date de début de grossesse** :

**Nombre de grossesses antérieures** : ..... **Autres** : IVG  Avortement spontané

**Notion d'injection d'anti-D (Rophylac®)** : oui  non

**Si oui**, **date** :       **Dose injectée** : 200µg  300µg

**Myélome multiple traité par Daratumumab** : oui  non

**Autres renseignements (pathologie....)** : .....  
.....

### ELEMENTS D'ORIENTATION \*\*

**Résultat du dépistage** (joindre une photocopie de la feuille de résultats).....

**Antécédents de RAI positive**: oui  non  **Si oui**, **Ac identifié** : .....

**Groupe sanguin complet (ABO RH-KEL1)** (joindre une photocopie) : .....

\*\* (à compléter pour toute demande d'identification d'agglutinines irrégulières)