

# Fiche de renseignements Immuno-Hématologie

## IDENTITE DU PATIENT telle que sur carte d'identité

**A REMPLIR PAR LE PATIENT EN LETTRES MAJUSCULES**

Nom<sup>1</sup> : .....

Prénom<sup>1</sup> : .....

Nom de naissance<sup>1</sup> : .....

Date de naissance<sup>1</sup> : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Lieu de naissance : .....

Sexe<sup>1</sup> :  Féminin                       Masculin

Signature patient :

**Étiquette Fiche IH**  
(réservé au laboratoire)

*Réservé au laboratoire : Avant étiquetage des tubes, vérification de la concordance entre identité manuscrite et étiquette **fiche IH**, faite par : \_\_\_\_\_*

## INDICATIONS DU GROUPE indispensable pour le remboursement

Opération prévue le : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_ Nature : .....

Transfusion prévue le : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_       Post-transfusion

Femme enceinte       Autre (non remboursable) : .....

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

Transfusions antérieures :  Non       Oui - Date : .....

RAI positives connues :  Non       Oui - Préciser type : .....

Grossesses antérieures :  Non       Oui - Nombre : \_\_\_\_\_ (y compris fausses couches et IVG)

Grossesse en cours :  Non       Oui - DDR : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_  
ou date début grossesse : \_\_ / \_\_ / 20 \_\_

Injection anti D ou Rhophylac® :  Non       Oui - Date : .....

Si oui : Dose :  200µg       300µg - Injection :  IV       IM

Autres renseignements : .....

Groupe sanguin si connu : .....

## IDENTIFICATION DU PRELEVEUR

Nom du préleveur<sup>1</sup> : ..... Fonction : .....

Date prélèvement<sup>1</sup> : \_\_ / \_\_ / 20 1\_\_      Heure prélèvement<sup>1</sup> : \_\_ h \_\_

Contrôle pièce identité :  Non       Oui

Signature préleveur :

**Étiquette SCANFLOT**  
(réservé au laboratoire)

<sup>1</sup>renseignements **obligatoires** à préciser sur les étiquettes d'identification