

Fiche de renseignements Immuno-Hématologie

IDENTITE DU PATIENT telle que sur carte d'identité

A REMPLIR PAR LE PATIENT EN LETTRES MAJUSCULES

Nom¹ :

Prénom¹ :

Nom de naissance¹ :

Date de naissance¹ : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Sexe¹ : 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__

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 :

IDENTIFICATION DU PRELEVEUR

Nom du préleveur : Fonction :

Date prélèvement : __ / __ / 201__ Heure prélèvement : __ h __

Contrôle pièce identité : Non Oui

Signature préleveur :

Étiquette SCANFLOT
(réservé au laboratoire)

¹ renseignements à préciser sur les étiquettes d'identification

Fiche de renseignements Immuno-Hématologie

IDENTITE DU PATIENT telle que sur carte d'identité

A REMPLIR PAR LE PATIENT EN LETTRES MAJUSCULES

Nom¹ :

Prénom¹ :

Nom de naissance¹ :

Date de naissance¹ : __ / __ / ____

Lieu de naissance :

Sexe¹ : 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__

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 :

IDENTIFICATION DU PRELEVEUR

Nom du préleveur : Fonction :

Date prélèvement : __ / __ / 201__ Heure prélèvement : __ h __

Contrôle pièce identité : Non Oui

Signature préleveur :

Étiquette SCANFLOT
(réservé au laboratoire)

¹ renseignements à préciser sur les étiquettes d'identification