

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