CH de la HAUTE CÔTE-D'OR Châtillon-Montbard-Saulieu-Alise-Vitteaux	**Enregistrement : Bon de demande d'examen en immuno hématologie**		Centre Hospitalier Robert Morlevat SEMUR EN AUXOIS
	C-ENR PREA 018 - V1	Page **1** sur **1**	

Document à utiliser en l 'absence de prescription connectée : Mode dégradé

AUCUN GROUPAGE NE POURRA ETRE EFFECTUE POUR TOUTE TRANSFUSION DATANT DE MOINS DE 3 MOIS

IDENTITE DU PATIENT

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : ☐ H ☐ F

Lieu de naissance :
Adresse :

Etiquette patient

IDENTITE DU PRESCRIPTEUR	**IDENTITE DU PRELEVEUR**
Nom / Prénom: Date de prescription : Signature :	Service : Date du prélèvement : Heure de prélèvement : Nom / Prénom et fonction : Nombres de tubes transmis : Signature :

EXAMENS DEMANDES

☐ Groupages sanguins ABO RH1 + RH KEL1 ☐ 1ère Détermination ☐ 2ème Détermination

☐ Détermination de contrôle

☐ Antigènes RH1 nouveau-né sur sang de cordon

☐ RAI dépistage (recherche d'agglutinines irrégulières - Coombs indirect)

☐ TDA (Test direct à l'anti globuline - Coombs direct)

☐ IRAI (envois EFS pour identification)

☐ Test de compatibilité

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

☐ Transfusion ou intervention prévue le …/…/… à …h… ☐ ⚠ **Urgence vitale**

☐ Transfusion antérieure ☐ oui date :…/…/… ☐ non

☐ Le patient est un nouveau-né : Identité de la mère :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (Si nécessaires)

☐ Antécédent d'allo- immunisation, spécificité
☐ Ictère ☐ Anémie ☐ Auto Anticorps ☐ Transplantation ☐ Autres

☐ Grossesse en cours, date de début :……/……/……

☐ Fausse couche
☐ Prévention par injection : ☐ Gamma globuline (Anti D) Date de l'injection …/…/…

☐ Groupage ABO / RH1/RAI maternel (préciser positivité, spécificité)

Date de création : 15/12/2022 - Indexation BlueKanGo : ENR 2.3.1.3.2 - 1116.1

Date de modification : 21/02/2023 - Motif : Reprise norméa EN LAB001 V04