



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE

DEMANDE D'EXAMENS IMMUNO-HÉMATOLOGIQUES POUR L'EFS-ALSACE

Laboratoire d'IH Site de Spielmann

10, rue Spielmann 67065-STRASBOURG Cedex

Tél : 03.88.21.38.60 (secrétariat 8h-16h) Laboratoire : 03.88.21.25.04 Fax : 03.88.21.25.43

Dr Calina COMAN

Dr Isabelle MENDEL

PATIENT

Nom d'usage (marital) : [[patientNom]]

Prénom : [[patientPrenom]]

Nom de naissance (nom de famille) : [[patientNomNaissance]]

Date de naissance : [[patientNaissance]]

Sexe : [[patientSexe]]

LABORATOIRE EXPÉDITEUR

[[siteNom]] [[siteTel]]

[[siteRue1]]

[[siteCodePostal]] [[siteVille]]

N°DEMANDE [[demNum]]

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

[[medecinNomCompleat]]

Spécialité : [[medecinSpecialite]]

Téléphone : [[medecinTel]]

GRADATION DE L'URGENCE

Urgent : () OUI () NON

Motif de l'urgence :

DATE ET HEURE DE PRÉLÈVEMENT

[[preleveDateHeure]] Préleveur : [[prelevePar]]

Nombre de tubes EDTA transmis :

MOTIF DE LA DEMANDE : examens demandés (à cocher)

RAI dépistage (1 tube EDTA 5 ml)

RAI identification (2 tubes EDTA 5ml) : joindre obligatoirement un résultat de groupe sanguin (carte ou document)

Groupe sanguin ABO-RHK (1 tube EDTA 5 ml)

Test direct à l'antiglobuline (test de Coombs direct) (1 tube EDTA 5ml)

Autre (à préciser) :

PROBLÈME RENCONTRÉ AYANT MOTIVÉ LA DEMANDE D'EXAMEN : à compléter impérativement

Aucun (il s'agit d'une première demande)

Problème (à décrire) :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES

-Antécédents transfusionnels : Oui Date(s) : Non

-Antécédents obstétricaux (grossesse, fausse couche) : Oui Non

-Grossesse en cours : Oui Stade/terme prévu : Non

-Prophylaxie par Rhophylac : Oui Date précise de l'injection : Non

-Intervention chirurgicale programmée : Oui Date : Non