CENTRE HOSPITALIER SARREGUEMINES	FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT **DEMANDE D'EXAMENS GROUPE SANGUIN ET RAI**	**Page** 1 sur 1 **ENR-036-V7**

HÔPITAL ROBERT PAX - LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

2 rue René François Jolly - BP 50025 57211 SARREGUEMINES CEDEX

Téléphone: 03 87 27 33 20 - Fax: 03 55 45 81 29

Biologistes médicaux Dr. KHORSI S. (Chef de service) - Dr. JAHJAH S. - Dr. MOUNZER S.

PATIENT

NOM: .....

NOM DE NAISSANCE: .....

PRENOM: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

SEXE: ☐ F ☐ M

OU

ETIQUETTE PATIENT

URGENCE: ☐

(routine si non renseigné)

UF:

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES (antécédents de transfusion, greffe, ...):

DATE: ..... IDENTITE ET SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR:

PRELEVEMENT (à remplir par le préleveur)

IDENTITE DU PRELEVEUR: ..... PRELEVEMENT A JEUN: ☐ OUI ☐ NON

QUALITE DU PRELEVEUR: .....

NOMBRE D'ECHANTILLON(S): ..... DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT: .....

AUTRES INFORMATIONS SUR LE PRELEVEMENT: .....

TRANSMISSION AU LABORATOIRE (à remplir par le transmetteur)

DATE ET HEURE DE DEPOT: ..... IDENTITE DU TRANSMETTEUR: .....

QUALITE DU TRANSMETTEUR: .....

RECEPTION AU LABORATOIRE (à remplir par la personne réceptionnant le prélèvement)

DATE ET HEURE DE SAISIE: .....

CONFORMITE A LA RECEPTION:

- DE LA PRESCRIPTION ☐ OUI ☐ NON*
- DES SPECIMENS BIOLOGIQUES ☐ OUI ☐ NON*

* dans ce cas enregistrer la non-conformité dans le système informatique du laboratoire ou sur le formulaire de dysfonctionnement, non-conformité, réclamation

TUBE EDTA MAUVE

☐ GROUPE SANGUIN 1ERE DETERMINATION

☐ GROUPE SANGUIN 2EME DETERMINATION

OU

1 DETERMINATION = 1 PRESCRIPTION

2 DETERMINATIONS= 2 PRESCRIPTIONS

1 PRESCRIPTION= 1 PRELEVEMENT= 1 SACHET

AVANT TOUTE INJECTION D'IgRh, PRELEVER UNE RAI (SANS ATTENDRE LE RESULTAT) POUR S'ASSURER A POSTERIORI DE L'ABSENCE D'IMMUNISATION

☐ RECHERCHE D'AGGLUTININES IRREGULIERES

INJECTION ANTI-D AVANT LE PRELEVEMENT: ☐ OUI ☐ NON SI OUI, DATE ET DOSE D'INJECTION: .....

DATE DE LA DERNIERE RAI NEGATIVE: .....

☐ RAI DE CONTRÔLE POST-TRANSFUSIONNELLE (1 à 3 mois après transfusion)

DATE DE LA DERNIERE TRANSFUSION: .....