



C1-ENR08-

GROUPE SANGUIN : DOUBLE SAISIE

RENSEIGNEMENTS : A REMPLIR LISIBLEMENT EN MAJUSCULES

NOM DE NAISSANCE :

NOM USUEL - NOM MARITAL :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M F

Date et heure du PVT :

INITIALES PRELEVEUR :

Vérification concordance avec fiche suiveuse : ☐

Cocher si nécessaire et **STABILOTER** : ☐

FAIRE LES RAI UNIQUEMENT SI HB < g/dl

RENSEIGNEMENTS POUR RAI :

Transfusion : Non / Oui --> date :

Grossesse en cours : Non / Oui --> date début :

Grossesse antérieure : Non / Oui --> date :

Injection d'anti D (Roophylac) : Non / Oui (*) --> date :

--> dose :

Antécédents connus de RAI positive : Non / Oui (*)

Groupe sanguin communiqué par le patient :

AUTRE :

Coller ici
l'étiquette dédiée :

code barre
sans identité
avec n° de dossier

si oui (*), prélever 2 tubes EDTA
et un tube sec gel supplémentaires
pour un éventuel envoi

si oui (*), prélever 2 tubes EDTA
et un tube sec gel supplémentaires