

Sommaire transfusionnel  Inconnu  Connu \_\_\_\_\_ Initiales: \_\_\_\_\_

	OUI	NON	INCONNU
Formation antérieure d'anticorps			
Transfusions antérieures			
Réactions transfusionnelles antérieures			
Nombre de grossesses			
Déficiences en IgA			

- Groupe ABO + RH
- SANG CORDON
- COOMBS DIRECT + IND
- COOMBS INDIRECT
- AGGLUTININES FROIDES
- AUTRES :

Signature du médecin

Date

Médecin traitant :

(NOM, PRÉNOM ET N° PERMIS)

Provenance de la prescription

Vérifier l'identité du patient à l'aide du bracelet d'identification. Immédiatement après le prélèvement des échantillons sanguins, identifier les tubes et apposer vos initiales.

Lieu prélèvement (clinique, centre ou service de prélèvement)

Prélevé par :

Date et heure

Signature du patient ou témoin :

Date

(Pour patient sans bracelet d'identification)

**GROSSESSE : INFORMATIONS REQUISES**

Nombre de semaines de gestation :

Nombre de grossesses antérieures :

Nombre de transfusions antérieures :

**RECHERCHE D'ANTICORPS :**

- AVORTEMENT
- ACCOUCHEMENT
- Ac PRÉNATAUX

**À L'USAGE DU LABORATOIRE SEULEMENT**

**GROUPE SANGUIN**

Anti A	Anti B	Cellule A	Cellule B	Cellule O	Groupe ABO	D	D <sup>u</sup>	DT	C	c	E	e	Groupe RH	Date:
														Tech.:

Groupe sanguin de l'usager

ABO :

RH :

**Coombs indirect**

Cell ①	Cell ②	Cell ③	Auto-témoin	Date :
Identification :				Tech :

**Coombs direct**

IgG	C <sub>3</sub> d	T	Date :
Élution :			Tech. :

Remarques :