

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance :

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

Sexe Féminin Masculin

Adresse :

Prélevé le à
par

DEMANDE D'EXAMENS

(TIENT LIEU DE BON DE COMMANDE)

Original du 23/01/15

Code CNRHP : "CODE"

Tél :

Fax :

Etablissement demandeur :

Adresse :

CP Ville :

Prescripteur / Etablissement de soins :

Docteur :

Etablissement :

Adresse :

Téléphone :

Fax :

CONTEXTE DE LA DEMANDE

Préconceptionnel

Prénatal DDG : DDR :

Postnatal

Injection de gamma-globulines anti-D au cours de cette grossesse
(DATES ET DOSES) :

Préopératoire Date et type d'intervention

Problème de groupe.....

Transfusion

Date dernière transfusion :

Remarques :

EXAMENS DEMANDES

Pour une carte de groupe demander les 3 premiers examens.

Groupe sanguin ABO Rh(D)

Phénotypes RhKell (CcEeKell)

Recherche d'anticorps irréguliers

Identification d'agglutinines irrégulières

Recherche d'anticorps autres que ceux déjà
identifiés. Anticorps connus :

Titrage - Dosage pondéral Anti-

Autres

Joindre copie des résultats de phénotypes, I.A.I. etc...

**CACHET DU LABORATOIRE et
Signature du Directeur ou de son délégué**

Un volet de facturation disponible sur le site CNRHP.fr est à joindre à cette feuille de demande. En son absence, la facturation est établie à l'encontre de l'établissement demandeur. Pas de facturation au patient.