



CH de NIORT -
Laboratoire de Biologie
Médicale
40 avenue Charles de
gaulle
79000 NIORT

**Fiche de renseignements pour
examens immuno-hématologiques
(Medilab)**

Ref : C1/EQ-LAB-002
Version : 03
Applicable le : 15-10-2021



FICHE DE RENSEIGNEMENTS POUR EXAMENS IMMUNO-HEMATOLOGIQUES

A remplir systématiquement pour toute demande immuno-hématologique adressée au CH de NIORT

PATIENT :

NOM usuel : **Prénom :**

Nom de Naissance : **Sexe :**

Date et Lieu de Naissance :

Adresse :

ANTECEDENTS TRANSFUSIONNELS < 4 mois : OUI NON

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (OBLIGATOIRES +++):

- Degré d'urgence :
- Bilan préop : date de l'intervention : Type :
- Bilan transfusionnel : hb
- Autre :

Examens demandés :

- Groupage sanguin/phénotype Rh Kell**
- Phénotype étendu**
- Recherche d'agglutinines irrégulières**
 - Joindre obligatoirement 1 grand tube EDTA (7 ml) ou 2 petits (2 X 5ml)
 - Joindre si connu le résultat de groupe sanguin (carte de groupe, document IH)
 - *Si témoin auto et/ou Coombs direct positif, des adsorptions seront nécessaires ; joindre les tubes en conséquence*
 - *Si contexte obstétrical, et injection de Rhophylac*
 - *Date de l'injection :*
 - *Date de la dernière RAI négative :*
 - *ATCD de RAI positive : si oui Ac :*
- Adsorptions :**
 - Joindre obligatoirement 4 tubes EDTA de 7ml (ou 6 tubes de 5 ml) + 1 tube sec de 7 ml (ou 2 de 5 ml)

BIOLOGISTE A CONTACTER :

- ROBERT François..... ☎ : 06.76.17.63.69
- BOTTOS Éric..... ☎ : 06.80.01.64.19
- BUTRAUD Anne..... ☎ : 06.76.89.93.05
- CHAABAN Mesbah..... ☎ : 06.11.95.66.11
- BOIZARD Geneviève..... ☎ : 06.21.83.52.15
- INAL Sofiane..... ☎ : 06.10.89.05.45

RESULTATS A FAXER : par le laboratoire du CH de NIORT : oui / non - N° Fax (MEDILAB) : _____

Dans le service : _____ oui / non - N° de fax du service : _____

PRELEVEUR :

Nom : **Qualité :** **Signature :**

PRELEVEMENT : Date : Heure : Tubes :