ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - NORD DE FRANCE
Laboratoire de Biologie Médicale

G 44 3 10 10 EN 02
NDF/LAB/PRA/FO/023-V.1

Date application : 01/09/2014

BON DE DEMANDE D'EXAMENS D'IMMUNOLOGIE ERYTHROCYTAIRE

ETABLISSEMENT OU LABORATOIRE DEMANDEUR

(Ou cachet)

Nom :.....
.....
Adresse : .....
.....
Téléphone :.....
Fax : .....

PRESCRIPTEUR :.....
Service Demandeur / Code UF :.....
Adresse :.....
.....
.....
Téléphone : .....

PATIENT

(Ou étiquette informatique)

Nom de famille (Nom de naissance) :
/__/

Nom d'usage (Nom marital ou Nom usuel) :
__/

Prénom : __/

Date de naissance : ____/____/_____sexe : I__I

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....
.....

Date et heure du prélèvement :.....

Identité et signature du préleveur :.....

Pour les nouveau-nés, identité de la mère .....
.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES

Antécédent de TRANSFUSION : ☐ OUI ☐ NON
Si oui Date de la dernière transfusion : ____/____/_____
Antécédents de RAI positive : ☐ OUI ☐ NON
Antécédents de Grossesses : ☐ OUI ☐ NON
Grossesse en cours : ☐ OUI ☐ NON
Nombre de semaines d'aménorrhée :.....
Date de la dernière injection d'immunoglobuline anti- D :
____/____/_____
Dernière RAI avant injection d'immunoglobuline anti- D
(Joindre la copie du résultat).

CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ Urgence
☐ Prescription associée de PSL
☐ Bilan pré-opératoire (date) : ____/____/_____
☐ Taux d'hémoglobine : .....

Renseignements cliniques ou commentaires : .....
.....
.....

EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE DEMANDES

☐ Typage ABO-RH-KEL1
☐ Epreuve directe de compatibilité au laboratoire (EDC)
☐ RAI*
☐ Dosage Pondéral des anti-RH chez la femme enceinte
☐ Titrage des anticorps chez la femme enceinte

☐ Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct - TDA)
☐ Agglutinines froides**
☐ Anti-ABO immuns
☐ Anti-ABO naturels**
☐ Phénotype étendu érythrocytaire

Autres :
.....
Difficultés rencontrées : .....
.....

* En cas de dépistage positif, merci de joindre les intensités des réactions et les antigrammes.
** examen hors nomenclature nécessitant l'accord préalable de l'assuré informé du tarif applicable, accord de l'assuré : oui ☐

RÉSULTATS À TRANSMETTRE AU LABORATOIRE ☐ PATIENT ☐ MÉDECIN ☐

Nombre de tubes transmis ☐ Sang prélevé sur EDTA ☐ Sang prélevé sur tube sec

Le manuel de prélèvement du laboratoire de biologie médicale de l'EFS Nord de France est à votre disposition sur simple demande

Dépôt des analyses : EFS Lille – CHRU : Rue Emile Laine – 59037 LILLE Cedex
Secrétariat : 03 28 54 21 89 - Laboratoire : 03 28 54 21 90 - Fax : 03 28 54 21 92 - Facturation : 03 28 54 20 14