GHT BRESSE HAUT BUGEY - SITE OYONNAX
LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
(Tél : 1154 ou 1157)

Réception

Réservé au laboratoire ☐ ☐ NCC ☐ NCC{ATT} ☐ NCC{PDH} ☐ NCP ☐ NCP{ANC} ☐ NCI ☐ TSUPP **Vers.03 - Ed. 09/23**

IMMUNO-HEMATOLOGIE - CHHB

IH03

DATE ☐☐ ☐☐ ☐☐ **HEURE** ☐☐ ☐☐

Prescripteur :
Nom/ Prénom : .....
Fonction : .....
Date/ heure de la prescription : .....
Signature :

Préleveur :
Nom : .....
Prénom : .....
Fonction : .....
Tel : .....

OBLIGATOIRE
Signature du préleveur :

SPECIMEN

URGENCE - Cochez ici : ☐

- Précisez le motif de l'urgence :
☐ Transfusion en urgence vitale ☐ Transfusion prévue (date) : ..... ☐ Intervention prévue (date/ type) : .....

Prélevement [illegible] EDTA (violet)

Examens réalisés au CHHB
- ☐ Groupe sanguin ABO RH1 et phénotype RH KEL1
- ☐ Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI) - Dépis[illegible]
- ☐ TDA (Test Direct à l'Antiglobuline) - Test de C[illegible]mbs Direct
- ☐ Groupe sanguin ABO RH1 Nouveau-Né*
  - ☐ Sang de cordon* ☐ Sang [illegible]geux*

Examens sous-traités à l'EFS
- ☐ [illegible]preuve directe de Compatibilité
- ☐ [illegible]notypage foetal RHD
- ☐ RAI (connue positive ou pour transfu compatibilisée)
- ☐ Autre : .....

RENSE[illegible]EMENTS C[illegible]QUES : à re[illegible]ir par le Médecin ou la Sage-femme

Pour toutes demandes d'analyses	[illegible] en cours	Nouveau-né < 6 mois
☐ Antécédent de transf[illegible]n Date : ...../...../..... ☐ Antécédent de grosses[illegible] ☐ Antécédent [illegible]mmunisation Spécificité : ..[illegible]..... ☐ Greffe de C[illegible] (Cellules Souches) ☐ Greffe d'organe ☐ Traitement par anti-CD38 ☐ Traitement par Ac monoclonal ☐ Drépanocytose ☐ Hémopathie ☐ Maladie Auto Immune ☐ Exploration d'un ictère/ anémie	☐ **Grossesse** A[illegible]gesta[illegible]el ou DDR : ..... **Injection d'Ig anti-RH1 (RHOPHYLAC)** ☐ OUI Date : ...../...../..... ☐ NON Dosage : ..... Voie d'administration (IM/IV) : ..... Date de dernière RAI négative : ..../...../....	Antécédent de transfusion in utero Date : ...../...../..... IDENTITE DE LA MERE Nom usuel : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe: ..... Nom naissance : ..... N° IPP : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ N° Séjour : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ETIQUETTE PATIENT [CHHB]

Nom usuel : .....
Prénom : .....
Né(e) le : ..... Sexe: .....
Nom naissance : .....
N° IPP : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

N° IEP : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ETIQUETTE SERVICE

Code UF : .....

Service : .....

ETIQUETTE

LABORATOIRE

(Réservé laboratoire)