



**Centre FIGUIER - CEGIDD**

3FIG1

Téléphone : 01 49 96 62 70

Fax : 01 71 28 70 05

---

NOM usuel :

(ou étiquette)

Prénom:

NOM de naissance :

L'identification par le nom de naissance est obligatoire

Date de naissance :

Sexe : M  F

Prescripteur :

(nom et signature)

Docteur :

Téléphone :

Fax :

Date de prescription :

Préleveur :

(nom et signature)

Date et heure du prélèvement :

## 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

## EXAMENS DEMANDES

Pour une carte de groupe demander les 3 premiers examens.

Groupe sanguin ABO Rh(D)

Phénotypes Rh Kell (CcEeKell)

Recherche d'anticorps irréguliers

Identification d'agglutinines irrégulières

Recherche d'anticorps autres que ceux déjà

identifiés. Anticorps connus :

Titrage – Dosage pondéral Anti-

Autres