



3FIG1

Centre FIGUIER - CEGIDD

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