



3EDU

Edison Planning Goutte d'Or
Centre Planification et Éducation Familiale

Téléphone : 01 53 09 94 25

Fax : 01 71 28 77 41

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