

Document à joindre aux prélèvements

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Mail du médecin :
Nom du médecin :
Service :
Adresse :
.....
CP : () Ville :

PATIENT

Nom :
Prénom :
Date de naissance : () () () () () ()
Sexe : F M

Date de prélèvement : () () () () () ()

RENSEIGNEMENTS CLINICO-BIOLOGIQUES

Coombs érythrocytaire : Positif Négatif

Hémolyse : Oui Non

Splénomégalie : Oui Non

Ictère : Oui Non

Transfusion : Oui Non Si oui, date : () () () () () ()

Antécédents familiaux :
.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- **Pas de transfusion** dans les 3 mois précédant le prélèvement
- Les prélèvements **doivent être effectués du lundi au jeudi (stabilité pré-analytique : 96 h maximum)**
- **Nature du prélèvement** : Sang total EDTA
2 x 5 ml pour les adultes – 2 ml minimum pour les nourrissons
- **Température** : Réfrigérée