



Année

Date de prél.

☒ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16
☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 jour

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 mois

☐ 00 ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11
☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 heures
☐ 00 ☐ 05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 45 ☐ 50 ☐ 55 minutes

NE PAS OUBLIER DE NOTER LA DATE ET L'HEURE DU PRELEVEMENT

☐ **Cocher si URGENT**

1 vacu 4 m bouchon violet foncé (EDTA)

DEMANDE DE GROUPE SANGUIN

- ☐ GROUPE ABO-D + PHENOTYPE Rhésus-Kell 1ère détermination
☐ GROUPE ABO-D + PHENOTYPE Rhésus-Kell 2ème détermination
☐ RECHERCHE D'AGGLUTININES IRREGULIERES

AUTRES EXAMENS

- ☐ NFS
☐ TCA
☐ Autres examens

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- 
- IVG

RÉSERVE AU LABORATOIRE

**coller ici
l'etiquette labo patient**

Coller ici l'étiquette ORDO

PAS D'EXEMPLAIRE PATIENT

- ☐ TRANSFUSIONS ANTERIEURES ☐ non ☐ oui
- ☐ GROSSESSES ANTERIEURES ☐ non ☐ oui

Nombre :

LE NOM DU PRELEVEUR ET LA SIGNATURE SONT OBLIGATOIRES POUR LES GROUPES SANGUINS

Circ. DGS/DHOS/AFSSAPS n°3/582 du 15/12/2003

COLLER ICI ETIQUETTE PATIENT

NOM du PRESCRIPTEUR (et tampon)

NOM DU PRELEVEUR et SIGNATURE