



LBM
CENTRAL 92

**Formulaire d'identification
pour la détermination du
groupe sanguin et des RAI**

Réf : TC-PREL-ENR-046:05
Version : 05
Applicable le : 31-05-2021



Concerne une demande de RAI si Hémoglobine < à ____ g/dl

Formulaire conforme à la pièce officielle d'identité comportant une photo (obligatoire)

IDENTITE PATIENT GROUPE / RAI - 1^{er} prélèvement

NOM MARITAL (facultatif¹) :

NOM DE NAISSANCE (obligatoire) :

PRENOM (1^{er} obligatoire) :

SEXE : Masculin Féminin

DATE DE NAISSANCE :

PRELEVEUR :

DATE ET HEURE DE PRELEVEMENT (Obligatoire) : le/...../..... àH.....

IDENTITE PATIENT GROUPE - 2^{ème} prélèvement

NOM MARITAL (facultatif¹) :

NOM DE NAISSANCE (obligatoire) :

PRENOM (1^{er} obligatoire) :

SEXE : Masculin Féminin

DATE DE NAISSANCE :

NOM DU PRELEVEUR :

CONTEXTE CLINIQUE (obligatoire)

Transfusion : NON OUI NSP (?) Date :

Grossesse : NON OUI Date de début :

➔ Injection d'Anti D (Rophylac) : NON OUI NSP (?)

➔ Si oui date : Dose : 200 µg 300 µg Voie : IM IV

RAI + connue : NON OUI : Ac identifié = Date :

Bilan préop. : NON OUI : Date intervention :

Autres renseignements (pathologie, Groupe sanguin):

¹ A compléter uniquement pour les personnes mariées qui utilisent leur nom marital.