eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Immunohématologie

DIVISION INTERNATIONALE
17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322 - 69357 Lyon cedex 07
Tél. : **+33 (0)4 72 80 23 85** • Fax : **+33 (0)4 72 80 73 56**
E-mail : **international@eurofins-biomnis.com**

PATIENT*

Nom d'usage* : .....
Nom de naissance* : .....
Prénom* : .....
Date de naissance* : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Sexe* : ☐ M ☐ F
Origine ethnique : .....

Toutes ces informations doivent être également présentes et strictement identiques sur le prélèvement.

Date et heure du prélèvement :
|_|_|_|_|_|_| **à** |_|_| **h** |_|_| **min**

RENSEIGNEMENTS BIOLOGIQUES

Groupe ABO-phénotype RH-KEL1 (si connu) : .....
Résultats du dépistage RAI - ***joindre la feuille de résultats de la technique, avec le panel d'hématies-tests utilisé*** : .....
.....

Antécédents de RAI positive : ☐ OUI ☐ NON Si oui, Ac identifié(s) : .....

CONTEXTE DE LA DEMANDE

RAI préopératoire : ☐ OUI ☐ NON

RAI obstétricale : ☐ OUI ☐ NON

Test de Kleihauer : ☐ OUI ☐ NON

- Grossesse en cours : ☐ OUI ☐ NON Date de début de grossesse : |_|_|_|_|_|_|
- Cette grossesse est-elle la... ☐ 1ère ☐ 2ème ☐ 3ème ☐ > 3
- Autres : ☐ IVG ☐ Avortement spontané ☐ Saignements ☐ Traumatisme
- Injection de gamma-globulines anti D (Rhophylac®, Natead®) : ☐ OUI ☐ NON
- Date(s) de(s) l'injection(s) : |_|_|_|_|_|_|
- Dose injectée : ☐ 100 µg ☐ 200 µg ☐ 300 µg
- Nom de la maternité d'accouchement : .....

RAI post-transfusionnelle : ☐ OUI ☐ NON

- Date(s) de(s) transfusion(s) : |_|_|_|_|_|_|

Myélome multiple traité par daratumumab : ☐ OUI ☐ NON

Autres (greffe, hémopathie...) : .....