

Immuno-hématologie Renseignements cliniques

C2ENRGRP

(Questionnaire à compléter afin d'optimiser l'interprétation des résultats)

Nom :..... Nom de naissance :.....
Prénom :..... Date de naissance :..../..../....
Date de prélèvement :/..../.... Heure de prélèvement :.....
Sexe :.....

Etiquette SIL

Transfusion sanguine antérieure : Non Oui Date ou période de la dernière transfusion :..../..../....

RESERVE AU LABORATOIRE : Si transfusion < 4 mois, le groupe n'est pas réalisable au laboratoire. Contacter le prescripteur. Après accord, faire un envoi au laboratoire sous traitant spécialisé.

Allogreffe de cellules souches ou de moelle : Non Oui Date:/..../....
Lieu :.....

RESERVE AU LABORATOIRE : Envoi direct du groupe au laboratoire sous traitant spécialisé.

Injection d'immunoglobulines polyvalentes (Privigen®,Tégéline® et Clairyg®,Octagam®,Hizentra®,Gammanorm®) : Non Oui ? Date:/..../....

Antécédent d'immunisation (antériorité ou notion de RAAE+) :Non Oui ? Date:/..../....

Injection Anti-D (Rophylac®) : Non Oui Date:/..../....

Nombre de grossesse :.....

Grossesse en cours : Non Oui Date début de grossesse:/..../....

Dose injectée : 100µg 200µg 300µg

Contexte : pas de contexte clinique particulier Avortement spontané

Saignements Traumatisme IVG

Date de la dernière RAAE négative en cas d'injection d'Anti-D :..../..../....

Analyse effectuée par le laboratoire :.....

Bilan pré-opératoire : Non Oui Date:/..../....

Bilan pré-transfusionnel : Non Oui Date prévue:/..../....