|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etablissement de soins (tampon)** |  | **LABORATOIRE DESTINATAIRE** |
|  |  | **Laboratoire Etablissement Français du Sang-IDF**  **EFS-MONDOR**  **Hôpital Henri Mondor**  **51, Ave Mal de Lattre de Tassigny – Porte 35 – 94 010 CRETEIL CEDEX**  **🕿 : 01 56 72 76 14/26** **FAX : 01 56 72 76 13** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identité du Patient** | **Unité de Soins** | **Identité du Prescripteur** | **Identité du Préleveur** |
| Nom de naissance : | Service : | **Nom :** | **Nom :** |
| Prénom : | UA/UH : | Qualité : | Qualité : |
| Nom marital : |  |  | N° identifiant personnel : …………………………. |
| Date de naissance : / / | **🕿** **:** | Date de la prescription : | **Date** : / / |
| Sexe :  M  F  NIP/IPP : | **FAX :** |  | **Heure :** |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES** |
| **Hémoglobinopathie:**  NON  OUI  **Autre pathologie** : …………………………………………  **DEMANDE URGENTE**  **Prélèvement en vue d’un don d’organes**  **Antécédent de** **TRANSFUSION** **:**  NON  OUI  Si oui **Date de la dernière transfusion :** / / |

|  |
| --- |
| **PRELEVEMENTS DE SANG VEINEUX : 1 tube sang total EDTA** |
| **A remettre en main propre au personnel du laboratoire (transport assuré par l’ES préleveur)**  **Détermination du groupe ABO-RH-KEL1**  **Détermination du sous-type A1 / A2 érythrocytaire** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Réservé au laboratoire** | **Demande Conforme** :  OUI  NON  Service averti par téléphone  Date/heure : ……………………..  Code NC :  Demande régularisée  Dérogation  Paraphe : | **N°Echantillon :** |