

**Demande de GROUPE SANGUIN  
et/ou  
de RECHERCHE D'AGGLUTININES IRREGULIERES**  
(conformément au décret du 20 Mai 2018))

**NOM** .....**NOM DE NAISSANCE** .....**PRENOM** .....**DATE DE NAISSANCE** .....**SERVICE (UF)** .....**SEXE**  Féminin  Masculin

- GROUPE SANGUIN A, B, O, Rhésus Phéno Rh Kell  
 RECHERCHE D'AGGLUTININES IRREGULIERES (RAI)

 Urgence ? OUI - NON Malade polytransfusé ? OUI - NON Renseignements cliniques complémentaires ..... Résultats souhaités pour le (date) .....  
à (heure) .....

- 
- PERSONNE AYANT EFFECTUE LE PRELEVEMENT**
- (obligatoire)

*NOM*      *QUALITE*      *SIGNATURE*      *DATE*      

- 
- MEDECIN PRESCRIPTEUR**
- 

Signature 