

**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

 ✓ Si Enceinte ? OUI NON

 Si oui -Nombre de Grossesses :
 -injection de Rhophylac OUI NON

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

NOM /

QUALITE /

SIGNATURE /

DATE /