

**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

Date de l'injection :.....

▪ Lieu présumé d'accouchement :

Date d'accouchement :.....

✓ Chirurgie prévue :                      OUI                      NON

Si oui    -Date : .....

✓ **PERSONNE AYANT EFFECTUE LE PRELEVEMENT** (*obligatoire*)**NOM** :**QUALITE** :**SIGNATURE** :**DATE** :