

**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*)

<i>NOM</i>	
<i>QUALITE</i>	
<i>SIGNATURE</i>	<i>DATE</i>

✓ **MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Signature