ETIQUETTE DU PATIENT Date de naissance :	UF : ou adresse du patient : Médecin : Date et heure du prélèvement :	Renseignements cliniques :

☐ **URGENT** **Motif :** ☐ Transfusion ☐ Bloc ☐ Transfert ☐ Autre :……	☐ **Préopératoire programmé** Intervention le : ……../……./…….		
	○ **Urgence vitale immédiate** - Pas de groupe ni de RAI si non disponibles - Délivrance sans délai selon procédure dépôt de sang	○ **Urgence vitale** - Pas de RAI si non disponible - Nécessité de groupe conforme - Délai de délivrance inférieure à 30 minutes	○ **Urgence relative** - Nécessité de groupe et RAI conformes - Délai de délivrance de 2-3 heures

DEMANDE DE RAI, DETERMINATION DE PHENOTYPAGE ERYTHROCYTAIRE

TUBE EDTA *bien rempli pour d'autres investigations éventuelles*

Ajout de RAI téléphonique

☐ **RAI** Recherche d'agglutinines irrégulières

Noter le N° de dossier du labo

contexte transfusionnel avéré ☐ OUI ☐ NON

☐ **1ère Détermination de phénotype érythrocytaire ABO D RH KELL**
☐ **2ème Détermination de phénotype érythrocytaire ABO D RH KELL**

En application de l'arrêté du 15 mai 2018, si la notion de contexte transfusionnel avéré est cochée « NON », le laboratoire ne réalisera qu'une seule détermination

☐ Phénotype « étendu » : Préciser les antigènes érythrocytaires à rechercher……..

☐ Date de la dernière transfusion : / /

☐ Renseignements utiles au laboratoire pour la réalisation et l'interprétation des résultats (RAI+, incidents transfusionnels, injection immunoglobulines mono ou polyclonale…) :
……

Conformément à l'arrêté du 15 mai 2018, la saisie de **l'identité du patient** doit être faite à partir d'un document officiel d'identité qui indique **NOM USUEL – PRENOM (premier prénom d'état civil) – NOM DE NAISSANCE** – **DATE DE NAISSANCE – SEXE** et qui comporte une photographie.

Le préleveur vérifie la parfaite correspondance entre l'identité figurant sur l'étiquette et l'identité déclinée par le patient, de préférence en lui faisant épeler, éventuellement en lui faisant relire l'identification.

Identification du **PRELEVEUR** : NOM ……..

PRENOM ……

FONCTION ……

SIGNATURE :

Le cas échéant, **motif de non vérification de l'identité** : ……
UN PRELEVEMENT NON-CONFORME OU UNE FICHE D'ACCOMPAGNEMENT INCOMPLETE ENTRAINERONT LE REJET DE L'EXAMEN.

Etiquette Dossier	Etiquette patient + initiales vérificateur	**Délivrance document CR_SPE_GROUPE** Concordance identité étiquette CPAGE/CR vérifiée ☐ Bon IH vérifié ☐ Initiales

Ce document ne peut être reproduit ou communiqué à des tiers sans l'autorisation écrite du laboratoire