

EPREUVE DE COMPATIBILITE DIRECTE (ED)

Nom de naissance :

Prénom :

Nom usuel :

Date de naissance :

Sexe :

ou Etiquette Patient

ETABLISSEMENT :

SERVICE DEMANDEUR :

N° DE FAX :

PRESCRIPTEUR

Nom :

Signature :



Date de prélèvement : / /

Heure de prélèvement : h

Préleveur OBLIGATOIRE Nom :
Qualité :
Signature :

Renseignements cliniques

- Incident transfusionnel
- Antécédents de RAI positives
- Transfusions antérieures date :
- Drépanocytose
- Grossesse
- Nné avec test de Coombs direct positif ou mère allo immunisée

PRELEVEMENT A ENVOYER IMPERATIVEMENT A L'EFS SITE ANGOULEME
Faxer ce bon de demande associé à la prescription de PSL à l'EFS au 05 45 25 25 71

NE PAS PHOTOCOPIER CE BON DE DEMANDE

(1 tube EDTA)

Epreuve directe de compatibilité (EDC) en vue d'une transfusion sanguine de CG

(Si le patient est un nouveau-né, réaliser si possible l'examen à partir de sang de la mère et dans ce cas, fournir le groupe sanguin et la dernière RAI de la mère)

Réservé labo NC

Réservé à l'EFS

Technicien EFS : _____

Nombre de CG prescrits : ___

Nombre de CG à compatibiliser : ___

Coller les étiquettes CAB ci-dessous
et cocher la case.

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	