



PATIENT

Nom :

Prénom :

Nom de jeune fille :

Sexe : Masculin Féminin

Date de naissance : (____ / ____ / ____)

Votre référence :

Origine géographique :

PRELEVEMENT

Date de prélèvement : (____ / ____ / ____)

Heure : (____ H ____)

Par : Signature
(Nom, qualité du préleveur)Type de prélèvement : Sang total EDTA ADN

Date d'expédition : (____ / ____ / ____)

Modalités de prélèvement : 1 tube EDTA de 7 ml

Conditions de transport : à température ambiante ou à +4°C sous 48 H

DEMANDEUR

Nom - Prénom :

Site de :

Adresse :

Code Postal : (____)

Ville :

N°Tél : (____ / ____ / ____ / ____ / ____)

N°Fax : (____ / ____ / ____ / ____ / ____)

 Autre destinataire du résultat (si différent du demandeur)

Nom - Prénom :

Adresse :

Code Postal : (____)

Ville :

PRESCRIPTION

▶ EXAMENS DEMANDES

 Génotypage A, B, O Génotypage RH D Génotypage RHCE Génotypage Duffy Génotypage Kidd Génotypage S, s Autres

.....

.....

▶ RENSEIGNEMENTS BIOLOGIQUES

(Joindre éventuellement une copie des résultats précisant les difficultés rencontrées)

Techniques phénotypages utilisés :

Sérum tests et clones :

Réceptionné par : (____)

(Horodatage du document)

▪ Conformité de la demande :

▪ Autres remarques du laboratoire concernant l'échantillon transmis :