

 <p>CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON</p>	<p align="center">LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE</p> <p align="center"><i>Bd Louis Escande 71018 Macon CEDEX</i> Tél 03-85-27-53-20 Fax 03-85-27-59-96</p>	<p align="right">Réf : C2-ENR-054-V05 Page 1/1</p>
<p>BON DE GROUPE SANGUIN (PHENOTYPAGE ERYTHROCYTAIRE)</p>		<p align="right">Date d'application : 11/10/2018</p>

Réf reprographie : 5101

*Etiquette laboratoire
Image IH*

<p align="center"><i>A remplir par la personne qui réalise le prélèvement pour la réalisation d'une détermination de phénotypage érythrocytaire (groupage sanguin)</i></p>	
<p>NOM du PRESCRIPTEUR :</p>	
<p align="center">NOM – QUALITE – SIGNATURE du PRELEVEUR</p>	
<p>DATE</p>	
<p>SERVICE</p>	
<p>DETERMINATION n°</p>	

<p><i>Les renseignements doivent être obtenus par interrogatoire du patient si celui-ci est interrogeable</i></p> <p><i>Pour les patients inconscients ou incohérents, s'assurer des données d'identité par tout document à disposition comportant les données demandées.</i></p> <p><i>Pour les femmes mariées, le nom de naissance est le plus important. S'assurer que celui-ci est complet.</i></p>	
<p>Nom usuel* :</p>	
<p>Nom de naissance (nom de jeune fille)* :</p>	
<p>1^{er} Prénom(s) de l'Etat civil* :</p>	
<p>Sexe* : Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/></p>	
<p>Date de naissance* :</p>	
<p>Lieu de naissance :</p>	
<p>Adresse actuelle :</p>	

**Si discordance entre l'identité donnée par le patient et l'identité d'hospitalisation, contacter le bureau des entrées ou le secrétariat du SAU (nuits, Week-ends, jours fériés).*

Deuxième détermination si contexte transfusionnel avéré (Arrêté du 15/05/2018)