



INSTITUT LOUIS MALARDÉ
LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

BP 30 – 98713 Papeete – Tél : 41 64 56 – Fax : 41 64 94 – www.ilm.pf

Fiche de renseignements
DEMANDE DE DETERMINATION DE GROUPE SANGUIN

A remplir par le préleveur au moment de la prise de sang et à joindre obligatoirement à la demande d'analyse (*circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°3/582 DU 15 DECEMBRE 2003*).

Patient(e) :

Nom du patient (ou nom marital) :
Nom de jeune fille :
Prénom(s) :
Date de naissance :/...../.....
Sexe : Homme Femme
Lieu de naissance :

Prélèvement :

Date :/...../.....
Heure :H.....
Nombre d'échantillons transmis :

Contexte :

Grossesse
Notion d'injection d'anti-D (Rophylac) : Oui..... Non
Si OUI DATE :/...../.....

RAI pré-opératoire

Transfusion **Si OUI DATE :**/...../.....
 Autres :

Préleveur(euse) :

Nom et prénom :
Qualité :
Signature :