



Etiquette patient

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES POUR GROUPAGES SANGUINS ET RAI

Afin de mieux répondre à vos attentes, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire.

<p>Ce bilan vous a été demandé en prévision</p> <p>- d'une transfusion ?</p> <p>- d'une intervention chirurgicale ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non prévue à quelle date ?.....</p> <p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non Prévue à quelle date ?..... Quel type d'intervention ? .....</p>
<p>Avez-vous déjà bénéficié d'une transfusion dans les 4 derniers mois ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non                      <input type="checkbox"/> je ne sais pas Date ?.....</p>
<p>Avez-vous été transfusé plusieurs fois ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non                      <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p>
<p>Avez-vous subi une greffe de moelle osseuse</p>	<p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non                      <input type="checkbox"/> je ne sais pas Date et lieu .....</p>
<p>Avez-vous un traitement par</p> <p>- Anticorps monoclonal ?</p> <p>- Anti CD38 (Daratumumab, Isatuximab)</p>	<p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non                      <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p> <p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non                      <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p>
<p>A votre connaissance, êtes-vous porteur d'un anticorps irrégulier ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non                      <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p> <p><b>Si oui</b>, le signaler à la personne qui réalise le prélèvement et si vous avez un document en votre possession, merci de le lui présenter. *</p>
<p><b>Si vous êtes une femme enceinte,</b></p> <p>- avez-vous reçu une injection de RHOPHYLAC® dans les 4 derniers mois</p> <p>- Date de début de grossesse ?</p>	<p><input type="checkbox"/> oui                      <input type="checkbox"/> non                      <input type="checkbox"/> je ne sais pas</p> <p>Date ?.....</p> <p>.....</p>

Réservé au laboratoire :

\* **Si RAI connus** envoi d'emblée à l'EFS

Groupe 2 prévu le .....