 SMUR NEONATAL REGIONAL - CHRU NANCY

POLE ENFANT- NEONATOLOGIE - Service de néonatalogie - 03 83 34 36 35

INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR DOSSIER TRANSFUSIONNEL DE L’ENFANT

PRELEVEMENT MATERNEL :  **1 seul tube EDTA (Groupe sanguin + RAI )**

ETABLISSEMENT : ……………………………………………….. SERVICE : ………………………………………………………

Nom et qualité du prescripteur : ………………………………………………………………………………………………………….

Nom et qualité du préleveur : ………………………………………………………………………………………………………………

Date et heure du prélèvement : …………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MERE (ou étiquette) | | ENFANT (ou étiquette) | |
| Nom de jeune fille : |  | Nom : |  |
| Nom marital : |  |  |  |
| Prénom : |  | Prénom : |  |
| Date de naissance : |  | Date de naissance : |  |
|  |  |  |  |

 SMUR NEONATAL REGIONAL - CHRU NANCY

POLE ENFANT- NEONATOLOGIE - Service de néonatalogie - 03 83 34 36 35

INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR DOSSIER TRANSFUSIONNEL DE L’ENFANT

PRELEVEMENT MATERNEL :  **1 seul tube EDTA (Groupe sanguin + RAI )**

ETABLISSEMENT : ……………………………………………….. SERVICE : ………………………………………………………

Nom et qualité du prescripteur : ………………………………………………………………………………………………………….

Nom et qualité du préleveur : ………………………………………………………………………………………………………………

Date et heure du prélèvement : …………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MERE (ou étiquette) | | ENFANT (ou étiquette) | |
| Nom de jeune fille : |  | Nom : |  |
| Nom marital : |  |  |  |
| Prénom : |  | Prénom : |  |
| Date de naissance : |  | Date de naissance : |  |