

Réf: ALM/LAB/HLA/FO/225 Version : 6	Titre : Pré-analytique HPA : Fiche de renseignements pour suspicion de TNN ou IFM plaquettaire	Date d'effet : 11/06/2018
--	--	---------------------------

A FAXER au 04.91.48.16.02

HOPITAL / SERVICE: Tel :

Nom du Médecin : Fax:

	MERE	PERE	BEBE
Nom			
Prénom			
Date de naissance			
PRELEVEMENT A FOURNIR A L'EFS	30 ML SANG SUR EDTA + 1 TUBE SEC	30 ML SANG SUR EDTA	1 TUBE PEDIATRIQUE SANG SUR EDTA (si le bébé est né)
Groupe ABO Rh Si possible			
Parité : G...P...	G P		
Date d'accouchement			
Numérations plaquettaires			J0 : J1 : J2 : J... :
Antécédents Familiaux de Thrombopénie			
Eléments Cliniques	Transfusion Echographie ...		Pétéchies : Hémorragies : H C : Autres ...
Traitements (transfusion plaquettes, veino-globulines, corticothérapie...)			

Ces examens sont facturés selon la nomenclature des actes NABM