



Questionnaire accompagnant obligatoirement une demande D'ELECTROPHORESE DE L'HEMOGLOBINE

➔ Document à remplir par le prescripteur et à transmettre au laboratoire exécutant les analyses.

Identité du patient (étiquette) Nom : (Née) Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nom du prescripteur <i>en clair (tampon)</i>	Préleveur : Date :/...../..... Heure :	Hôpital : Service : Téléphone : Date d'envoi :/...../.....
--	---	--	--

- Suivi des patients drépanocytaires Exsanguinotransfusion
 Avant transfusion ou échange érythrocytaire
 Après transfusion ou échange érythrocytaire

CONTEXTE CLINIQUE ET BIOLOGIQUE INDISPENSABLE À L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS (RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT) :

CONTEXTE CLINIQUE (ou *joindre un compte-rendu détaillé*) :

- Anémie Hémolyse Carence martiale Microcytose
 Polyglobulie Grossesse (terme/SA) Dépistage

Autres renseignements cliniques/ATCD familiaux et traitement en cours :

PARAMÈTRES BIOLOGIQUES (ou *joindre une numération récente*) :

Hématies Hémoglobine Hématocrite VGM
TCMH CCMH IDH (RDW) Réticulocytose
Ferritine Fer sérique Transferrine Coeff. de saturation
LDH Bilirubine totale Bilirubine conjuguée Haptoglobine