



À L'U.O. ÉTABLISSEMENT DE TRANSFUSION SANGUINE/MÉDECINE TRANSFUSIONNELLE

- Nom et prénom.....
- Date et lieu de naissance.....
- Numéro de téléphone.....
- Médecin de famille..... Tél.....
- Gynécologue..... Tél.....
- Sage-femme..... Tél.....

DATE.....

ÉTABLISSEMENT.....

• Période actuelle de grossesse	Semaine..... Date des dernières règles..... Date prévue de l'accouchement.....
• Grossesse antérieure	OUI (SI) <input type="checkbox"/> N°.....quand (an/ans) NON (NO) <input type="checkbox"/>
• Accouchements antérieurs, événements immunisants antérieurs (avortement, amniocentèse, choriocentèse, etc.)	OUI (SI) <input type="checkbox"/> N°.....quand (an/ans) NON (NO) <input type="checkbox"/>
• Réalisation d'une immunoprophylaxie anti-D	OUI (SI) <input type="checkbox"/> quand (an et mois) NON (NO) <input type="checkbox"/> JE NE SAIS PAS (NON SO) <input type="checkbox"/>
• Avez-vous déjà subi des transfusions ?	OUI (SI) <input type="checkbox"/> quand (an/ans) NON (NO) <input type="checkbox"/>
• Souhaitez-vous accoucher dans un établissement extra-hospitalier ?	OUI (SI) <input type="checkbox"/> NON (NO) <input type="checkbox"/>

Signature
