



INSTITUT LOUIS MALARDÉ
LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

BP 30 – 98713 Papeete – Tél : 40 41 64 56 – Fax : 40 41 64 94 – www.ilm.pf

Fiche de renseignements
DEMANDE DE DETERMINATION DE GROUPE SANGUIN

A remplir par le préleveur au moment de la prise de sang et à joindre obligatoirement à la demande d'analyse (circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°3/582 DU 15 DECEMBRE 2003).

Patient(e) :

- Nom du patient (ou nom marital) :
- Nom de jeune fille :
- Prénoms :
- Date de naissance :
- Sexe : Homme Femme
- Lieu de naissance :

Prélevement :

- Date :/...../.....
- Heure :
- Nombre d'échantillons transmis :

Préleveur(euse) :

- Nom et prénom :
- Qualité :
- Signature :

Fiche de renseignements – Demande de détermination de groupe sanguin EN-ACS-03 v4 du 01/09/12



INSTITUT LOUIS MALARDÉ
LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MÉDICALE

BP 30 – 98713 Papeete – Tél : 40 41 64 56 – Fax : 40 41 64 94 – www.ilm.pf

Fiche de renseignements
DEMANDE DE DETERMINATION DE GROUPE SANGUIN

A remplir par le préleveur au moment de la prise de sang et à joindre obligatoirement à la demande d'analyse (circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°3/582 DU 15 DECEMBRE 2003).

Patient(e) :

- Nom du patient (ou nom marital) :
- Nom de jeune fille :
- Prénoms :
- Date de naissance :
- Sexe : Homme Femme
- Lieu de naissance :

Prélevement :

- Date :/...../.....
- Heure :
- Nombre d'échantillons transmis :

Préleveur(euse) :

- Nom et prénom :
- Qualité :
- Signature :

Fiche de renseignements – Demande de détermination de groupe sanguin EN-ACS-03 v4 du 01/09/12