

Merci de renseigner ce document afin de permettre la prise en charge du patient.

**Envoyer les résultats de (NFS) du dernier bilan sanguin réalisé au laboratoire d'analyses médicales**

par email à [infprogrammationudj@ch-alpes-leman.fr](mailto:infprogrammationudj@ch-alpes-leman.fr) ou [hdj74@ch-alpes-leman.fr](mailto:hdj74@ch-alpes-leman.fr)

ou par fax au 04 50 82 22 67

### Coordonnées médecin demandeur

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Email :

Signature du médecin demandeur :

### Coordonnées du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Numéro de téléphone portable :

### MOTIF de la demande

Taux d'Hémoglobine : \_\_\_\_\_ à la date du :

Délai souhaité du RDV :

ATCD :

Etiologie(s) de l'anémie :

Endoscopies réalisées ?  OUI  NON Si OUI, quel type ?

Patient déjà suivi sur le CHAL ?  OUI  NON

Référent hospitalier :

Insuffisance cardiaque connue ?  OUI  NON

Patient informé de la transfusion et consentant ?  OUI  NON

Famille informée et consentante ?  OUI  NON

*(pour les sujets en institution ou âgés de plus de 85 ans)*

Le patient a-t-il une carte de groupe  OUI  NON

*Si oui, le patient doit venir avec le jour de la transfusion.*

Après validation du médecin référent hospitalier, le service de l'Unité de jour  
prendra contact avec le patient pour fixer un rendez-vous.