



Fiche de renseignements de la greffe des cellules souches hématopoïétiques

Medecin Prescripteur : Centre : tel :

Receveur :	N°..... / (laisser vide, à renseigner par le laboratoire).
Nom :	
Prénom :	
Age : Sexe :	
Pathologie :	
Transfusion récente (moins de 15 jours) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : Quelle date ?	
Origine : N° tel	

Donneur 01 :	N°..... / (laisser vide, à renseigner par le laboratoire).
Lien de parenté avec le receveur :	
Nom : Prénom : Age : Sexe :	
Antécédents : Origine :	

Donneur 02 :	N°..... / (laisser vide, à renseigner par le laboratoire).
Lien de parenté avec le receveur :	
Nom : Prénom : Age : Sexe :	
Antécédents : Origine :	

Donneur 03 :	N°..... / (laisser vide, à renseigner par le laboratoire).
Lien de parenté avec le receveur :	
Nom : Prénom : Age : Sexe :	
Antécédents : Origine :	

Donneur 04 :	N°..... / (laisser vide, à renseigner par le laboratoire).
Lien de parenté avec le receveur :	
Nom : Prénom : Age : Sexe :	
Antécédents : Origine :	

Donneur 05 :	N°..... / (laisser vide, à renseigner par le laboratoire).
Lien de parenté avec le receveur :	
Nom : Prénom : Age : Sexe :	
Antécédents : Origine :	

Examens demandés :	Cachet et signature du médecin
Typage HLA (Donneur et receveur) : A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> DQ <input type="checkbox"/>	
Prélèvements (donneur et receveur) : 3 Tube EDTA (5ml) <input type="checkbox"/>	
	Mail :