



En raison d'une transfusion précédente réalisée il y a moins de 3 mois, d'absence de carte de groupe disponible et d'une possible transfusion ce jour,

Je, soussigné(e) Dr....., Servicedemande un duplicata de carte de groupe pour (*à saisir manuellement*) :

Nom de Naissance.....

Prénom.....

Date de Naissance.....

Nom Usuel.....

Je confirme la vérification de l'identité du patient.

☐ Au dire du patient

☐ Contrôle sur bracelet ou tout autre moyen (accompagnant) si patient non interrogeable (ref Procédure PCP/SP/PR sur Sésame)

Le /.... /.....

Signature du Médecin