Electrophorèse de l'hémoglobine
Fiche de renseignements clinico-biologiques

Nom :	**Service :**
Prénom :	**Prescripteur:**
DDN :	**Tel :**
(Coller étiquette)	**Date de la demande :**

Hémoglobinopathie connue	**Hémoglobinopathie non connue**
Diagnostic : ……	Origine géographie : ……
Transfusion dans les 4 derniers mois : Oui / Non Date : …….	Transfusion dans les 4 derniers mois : Oui / Non Date : …….
Traitement spécifique : ……	Grossesse en cours : Oui / Non
	Age corrigé (pour les NNés prématurés) : …… ……..
	Autres renseignements : Splénomégalie Hémolyse Traitement martial

Réaliser **impérativement** sur le même bilan :

- **NFS** (1 tube EDTA)
- **Fer sérique + CST%** (1 tube VERT)
- **Ferritine et CRP** (1 tube sec ROUGE)