

Ordonnance

Consultation de préservation de la fertilité

Bilan sanguin quelle que soit la période du cycle

Cachet de l'établissement



Date :

Patiente :

Médecin prescripteur :

Faire pratiquer un prélèvement sanguin

- **AMH**
- **HIV1 et HIV2**
- **Ag Hbs**
- **Ac anti-Hbs**
- **Ac anti-Hbc**
- **Ac anti-HCV**
- **TPHA - VDRL**
- **NFS - plaquettes**
- **TP - TCA**
- **Groupe sanguin ABO rhésus phénotype (carte)**
- **Recherche d'agglutinines irrégulières**

Signature du médecin prescripteur

