



Examen pré-nuptial

Médecin (Coordonnées du médecin de famille)

Nom & Pénom

Adresse

Demandeur (Coordonnées du futur époux)

Nom et Prénoms

Matricule national

Nationalité

Adresse

(Réservé à la Croix-Rouge:)

CROIX ROUGE LUXEMBOURGEOISE

-

SERVICE DE LA TRANSFUSION SANGUINE

N° Référence

Référence

Date de l'analyse

Groupe sanguin

Anticorps irréguliers

--

Technicien(ne) :

--

Groupe sanguin :

O	A	B	AB
---	---	---	----

Rhésus :

D	d	Du
---	---	----

Remarque :

--

Luxembourg, Le

à remettre à:
Croix-Rouge luxembourgeoise - Centre de Transfusion Sanguine
42 bd Joseph II
L-1840 Luxembourg
Tél. : 45 05 05-1