



# 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