

Nom, prénom, date de naissance, adresse complète du patient ou adrémat avec PID/FID

Diagnostic indispensable
Hospitalisé <input type="checkbox"/>
Ambulatoire <input type="checkbox"/>
Nom du médecin prescripteur
Date de la prise de sang
Nom et prénom de la personne ayant effectué la prise de sang
Pour demandes provenant hors de l'HCF : Etablissement et Service
Tél/ Mail

Généralités concernant le prélèvement et conseil au prescripteur

Le nom, prénom, date de naissance doivent être inscrits sur les tubes. Les analyses ne seront pas effectuées sur des échantillons non ou incorrectement identifiés. Pour toute question portant sur le choix des examens, l'utilisation des prestations, des indicateurs et limitations cliniques, ainsi que de la fréquence recommandées pour les analyses, en référer au Dr E. Levrat.

Hémorragie avec menace vitale → appeler sans délai le labo transfusionnel au 62890

Prescription médicale -> Commande de produits sanguins

Anamnèse transfusionnelle	La patiente est-elle enceinte ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> semaine grossesse :
	Prophylaxie anti-D ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> date d'injection :
	Patient sous Daratumumab (Darzalex) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> dès le :
	Patient greffé de moelle ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> date greffe :
	Besoin de CE irradié ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> cause :

Standard ds la journée	urgence ds l'heure	Type de produit sanguin	Nombre	La commande doit être prête
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré érythrocytaire		Pour le service
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré érythrocytaire irradié **		Date
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plasma frais congelé		Heure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré plaquettaire		

Sceau et signature du médecin prescripteur obligatoire

** Indication : Hodgkin. Traitement par analogues des purines (Fludarabine, Cladribine, Clofarabine, Nelarabine, Bendamustine...), sérum anti-lymphocytaire (ATG), Alemtuzumab. Après allo-greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH). 10 jours avant récolte CSH autologues, 6 mois après auto-greffe de CSH. Immunodéficience congénitale touchant l'immunité cellulaire T. Nouveau-né (jusqu'à 6 mois de vie).

Attention : pour HCF les produits sanguins commandés seront délivrés par T-FR l'un après l'autre, sauf avis contraire du prescripteur (dans ce cas, merci de contacter le labo de T-FR au 62890).

Commande de sang et Demande d'analyses d'immuno-hématologie

Joindre à cette demande 10 ml de sang natif sans gélose et 3 ml de sang sur EDTA

<input type="checkbox"/> Groupe sanguin		<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps irréguliers	
Contrôle ABO/D	1012.00	Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires	1288.00
Groupe sanguin ABO et Rh (y compris D faible)	1013.00	Identification d'anticorps anti-érythrocytaires	1286.00
Détermination des ag érythro A1/A2/A1B/A2B	1290.00	Identification ac érythrocytaires par susp suppl	1287.00
Phénotype Rhésus	1653.00	Identification ac érythrocytaires, à partir de 3 Ac	1285.00
Ag érythrocytaires (sauf ABO, Rh D et phéno)	1292.00	Recherche et identif d'ac fixés par élution	1293.00
<input type="checkbox"/> Phéno étendu (MNS, Jka/b, Fya/b, Lua, Kpa)	1292.00	Titration d'ac anti-érythrocytaire (par anticorps)	1289.00
<input type="checkbox"/> Sang de cordon : groupe sanguin et Coombs direct		Auto adsorption #	1295.00
<input type="checkbox"/> Test de Coombs direct		<input type="checkbox"/> Recherche et titration d'agglutinines froides	
Test de Coombs polyspécifique ou anti-IgG	1281.10	Recherche d'agglutinines froides	1483.00
Titration de Coombs polyspécifique	1296.00	Titration d'agglutinines froides (par titre)	1726.00
Test de Coombs monospécifique (IgG, IgA, C3d)	1281.10	Autre	
Titration de Coombs monospécifique anti-IgG	1296.00	<input type="checkbox"/> Détermination RHD fœtal à partir plasma mère (dès 18 ^{ème} semaine de grossesse) à	
Titration de Coombs monospécifique anti-C3d	1296.00	<input type="checkbox"/> Test Donath-Landsteiner : Appeler le 62890 avant la prise de sang à	
Titration de Coombs monospécifique anti-IgA	1296.00	<input type="checkbox"/> Anticorps anti-IgA (Réaction transfusionnelle / déficit congénital en IgA) à	
Détermination des sous-classes IgG (IgG1 / IgG3)	1281.10		

Réservé au laboratoire de T-FR

N° de prélèvement Sceau/ Visa Remarques



Urgence Non Oui

Date _____

Entre 19h00 et 7h00
 Dimanche et jours férié



Diagnostic indispensable
Hospitalisé <input type="checkbox"/>
Ambulatoire <input type="checkbox"/>
Nom du médecin prescripteur
Date de la prise de sang
Nom et prénom de la personne ayant effectué la prise de sang
Pour demandes provenant hors de l'HCF
Etablissement et Service
Tél/ Mail

Nom, prénom, date de naissance, adresse complète du patient ou adrémat avec PID/FID

Généralités concernant le prélèvement et conseil au prescripteur

Le nom, prénom, date de naissance doivent être inscrits sur les tubes. Les analyses ne seront pas effectuées sur des échantillons non ou incorrectement identifiés. Pour toute question portant sur le choix des examens, l'utilisation des prestations, des indicateurs et limitations cliniques, ainsi que de la fréquence recommandées pour les analyses, en référer au Prof C. Chuard.

Analyses de marqueurs infectieux
1 tube sang natif avec gélose ou EDTA 10 ml avec gélose pour 2 sérologies demandées

X Cocher l'analyse désirée svp

<input type="checkbox"/> HEPATITE A Sérologie complète (Anti HAV IgG + Anti-HAV IgM)	
<u>Examens isolés de l'hépatite A :</u>	
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HAV IgG	3049.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HAV IgM	3051.00

<input type="checkbox"/> HEPATITE B Sérologie complète (Ag HBs, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HBc IgM, anti-HBe)	
<u>Examens isolés de l'hépatite B :</u>	
<input type="checkbox"/> Antigène HBs	3065.00
<input type="checkbox"/> Antigène HBs test de confirmation par neutralisation	3064.00
<input type="checkbox"/> Antigène HBe	3058.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBs quantitatif (contrôle vaccin)	3057.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBc IgG	3053.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBc IgM	3055.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBe	3066.00

HEPATITE C	
<input type="checkbox"/> Dépistage anticorps anti-HCV	3068.00
<input type="checkbox"/> Confirmation anticorps anti-HCV	3070.00

HIV	
<input type="checkbox"/> Dépistage anticorps anti HIV-1 / HIV-2 et antigène p24 HIV-1	3094.00
<input type="checkbox"/> Dépistage de l'antigène HIV-1 p24	3096.00
<input type="checkbox"/> Confirmation anti-HIV 1 + 2 Western Bloth ou Immunoblot	3095.00

Copie des résultats à envoyer à : (Nom, prénom et adresse compète du médecin)

à : identifie les analyses sous-traitées
: identifie les analyses non-accréditées

Prestations de laboratoire : Ce formulaire de demande d'analyses est lié aux conditions générales de vente et à l'onglet « Prestations de laboratoire » accessible sur notre site Internet www.transfusion-fr.ch. Il contient des données sur le matériel d'analyses, la sous-traitance et la représentativité de l'échantillonnage.

Réservé au laboratoire de T-FR			Urgence	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
N° de prélèvement	Sceau/ Visa	Remarques	Date		
			<input type="checkbox"/> Entre 19h00 et 7h00 <input type="checkbox"/> Dimanche et jours férié		

