



Diagnostic indispensable

Hospitalisé

Ambulatoire

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/ Fax \_\_\_\_\_

Nom, prénom, date de naissance, adresse complète du patient ou adrémât 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 recommandée pour les analyses d'immuno-hématologie, en référer au Dr E. Levrat.

**« Urgence Vitale » et « Transfusion Massive » → appeler sans délai le labo transfusionnel au 62890**

**Prescription médicale -> Commande de produits sanguins**

**Anamnèse transfusionnelle**

Diagnostic \_\_\_\_\_

Le patient a-t'il déjà été transfusé ?

Grossesses ?

Prophylaxie anti-D ?

Complications transfusionnelles ?

Patient greffé de moelle ?

NON  OUI -> dernière transfusion le :

NON  OUI -> nbre, dte dernière acc :

NON  OUI -> date d'injection :

NON  OUI -> préciser :

NON  OUI -> préciser :

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**

**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	
			Titration d'ac anti-érythrocytaire (par anticorps)	1289.00	
			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				
Titration de Coombs monospécifique anti-IgG	1296.00		<input type="checkbox"/> Autre		
Titration de Coombs monospécifique anti-C3d	1296.00				
Titration de Coombs monospécifique anti-IgA	1296.00				
Détermination des sous-classes IgG (IgG1 / IgG3)	1281.10				

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





Diagnostic indispensable

Hospitalisé

Ambulatoire

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/ Fax

A remplir uniquement si pas fait au recto

**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 la fréquence recommandée pour les analyses de marqueurs infectieux, 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

**HEPATITE A Sérologie complète** (Anti HAV IgG + Anti-HAV IgM)

Examens isolés de l'hépatite A :

<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HAV IgG	3049.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HAV IgM	3051.00

**HEPATITE B Sérologie complète** (Ag HBs, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HBc IgM, anti-HBe)

Examens isolés de l'hépatite B :

<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	à 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	à 3096.00
<input type="checkbox"/> Confirmation anti-HIV 1 + 2 Western Bloth ou Immunoblot	à 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](http://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**

N° de prélèvement      Sceau/ Visa      Remarques



Urgence      Non       Oui

Date \_\_\_\_\_

Entre 19h00 et 7h00

Dimanche et jours férié