



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 _____

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.

« Urgence Vitale » et « Transfusion Massive » → appeler sans délai le labo transfusionnel au 8190

Prescription médicale -> Commande de produits sanguins

Anamnèse transfusionnelle	Diagnostic _____		
	Le patient a-t' il déjà été transfusé ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI -> dernière transfusion le :
	Grossesses ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI -> nbre, dte dernière acc :
	Prophylaxie anti-D ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI -> date d'injection :
	Complications transfusionnelles ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI -> préciser :
	Patient greffé de moelle?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> 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 : les produits sanguins commandés seront délivrés par le SRTS FR l'un après l'autre, sauf avis contraire du prescripteur (dans ce cas, merci de contacter le labo du SRTS FR au 8190).

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
<input type="checkbox"/> Test de Coombs direct	Auto adsorption # (hors accréditation) 1295.00
Test de Coombs polyspécifique ou anti-IgG 1281.10	<input type="checkbox"/> Recherche et titration d'agglutinines froides
Titration de Coombs polyspécifique 1296.00	Recherche d'agglutinines froides 1483.00
Test de Coombs monospécifique (IgG, IgA, C3d) 1281.10	Titration d'agglutinines froides (par titre) 1726.00
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	

Réservé au laboratoire du SRTS FR

N° de prélèvement _____

Sceau/ Visa _____

Remarques _____



Urgence Non Oui

Date _____

Entre 19h00 et 7h00

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 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

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 complète du médecin)

à : identifie les analyses sous-traitées

Vademecum : Ce formulaire de demande d'analyses est lié aux conditions de vente et à l'édition courante du Vademecum du SRTS FR (accessible sur le 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 du SRTS FR N° de prélèvement Sceau/ Visa Remarques	Urgence Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date _____ <input type="checkbox"/> Entre 19h00 et 7h00 <input type="checkbox"/> Dimanche et jours férié
--	---	--