

Demande d'examens des laboratoires d'Immuno hématologie érythrocytaire

RAA/LAB/IHE/FO/187 - Version 4

Coordonnées de l'expéditeur		Coordonnées du laboratoire Destinataire
LBM ou ES		LBM de l'EFS Aura site de.....
Téléphone		
Fax		

CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS

Demande conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Réceptionné par :	
Si non conforme : Code(s) NC	<input type="checkbox"/> Service averti par téléphone <input type="checkbox"/> Dérogation	Numéro échantillon (coller l'étiquette demande)	

Manuel de prélèvement du Laboratoire de l'EFS AURA disponible sous : <https://efs-aura.manuelprelevement.fr> Réserve au laboratoire : Réception / horodatage :

Identité du patient (coller une étiquette ou renseigner)	Prescripteur
Nom de naissance :	Nom/Prénom du prescripteur :
Nom marital ou d'usage :	Fonction :
Prénom :	Date de prescription : ___ / ___ / _____
Date de naissance : ___ / ___ / _____ Sexe :	Etablissement ou LBM :
Adresse (si besoin) :	Service ou adresse :
N° identifiant unique :	Code service (UF/UA/UH) :
	Téléphone :

Urgence : cocher ici <input type="checkbox"/>	Prélèvement								
<i>Préciser impérativement le motif de l'urgence</i> <input type="checkbox"/> Transfusion en urgence vitale <input type="checkbox"/> Transfusion prévue (date)..... <input type="checkbox"/> Intervention prévue (date-type) : <i>Résultats à communiquer :</i> <input type="checkbox"/> Par FAX N° <input type="checkbox"/> Par échange de données informatiques	Date de prélèvement : ___ / ___ / _____ Heure : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"><i>Préleveur</i></td> <td style="width: 30%;"><i>Signature</i></td> </tr> <tr> <td>Nom :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Prénom :</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fonction :</td> <td></td> </tr> </table>	<i>Préleveur</i>	<i>Signature</i>	Nom :		Prénom :		Fonction :	
<i>Préleveur</i>	<i>Signature</i>								
Nom :									
Prénom :									
Fonction :									

EXAMENS DEMANDES (se reporter au manuel de prélèvement : <https://efs-aura.manuelprelevement.fr>)

Prélèvements tube EDTA (violet)	Prélèvements tube EDTA (violet)	Génotypage fœtal
<input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN ABO RH1 et phénotype RH KEL1	<input type="checkbox"/> Titrage d'Anticorps chez la femme enceinte (anticorps anti :))	<input type="checkbox"/> Génotypage RHD fœtal sur sang maternel 2 tubes EDTA (violet) <input type="checkbox"/> Autre génotypage sur sang maternel : 3 tubes EDTA (violet) Documents à fournir pour cet examen : Consentement éclairé obligatoire (voir https://efs-aura.manuelprelevement.fr) Résultat du groupage sanguin de la patiente Ordonnance signée du prescripteur
GROUPE SANGUIN NOUVEAU NE <6 mois <input type="checkbox"/> ABO RH KEL1 Sang veineux (+TDA si enfant <4 mois sauf si fourni) <input type="checkbox"/> ABO RH1 Sang de cordon (selon site)	<input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'Anticorps chez la femme enceinte <input type="checkbox"/> Test de Kleihauer pré-natal (nombre SA.....) <input type="checkbox"/> Test de Kleihauer post-natal	
<input type="checkbox"/> Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI, dépistage d'anticorps irréguliers)	<input type="checkbox"/> Titrage des anticorps immuns ABO <input type="checkbox"/> Titrage des anticorps naturels ABO	
<input type="checkbox"/> TDA (Test ou Examen Direct à l'Antiglobuline)	<input type="checkbox"/> Dépistage et Titrage d'Agglutinines Froides	
<input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers si RAI dépistage positif, fournir résultats et panel de dépistage	Phénotypage érythrocytaire <input type="checkbox"/> Etendu FY1/2, JK1/2, MNS3/4	
<input type="checkbox"/> Epreuve Directe de Compatibilité	<input type="checkbox"/> Autre :	
<input type="checkbox"/> Elution d'anticorps	<input type="checkbox"/> Génotypage érythrocytaire	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :

Pour toute demande d'analyses	Grossesse en cours	Nouveau-né <6 mois
<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion Date : ___ / ___ / _____ <input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse <input type="checkbox"/> Antécédent d'immunisation Spécificité : <input type="checkbox"/> Greffe de CSH si oui date et lieu : <input type="checkbox"/> Greffe d'organe..... <input type="checkbox"/> Traitement par anti-CD38 (Daratumumab®) <input type="checkbox"/> Traitement par Ac monoclonal <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Maladie Auto immune <input type="checkbox"/> Exploration d'un ictère/anémie	DDG : Ou DDR : Ou Date du terme : <input type="checkbox"/> Injection d'une Ig anti-RH1 (Rhophylac®) Si OUI : Date : Dosage : Voie d'administration <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV Date de dernière RAI négative :	<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion in utero Date : ___ / ___ / _____ Identité de la mère : Nom de naissance : Nom marital ou d'usage : Prénom : Date de naissance : ___ / ___ / _____ <u>Joindre résultats groupage et RAI de la mère</u>

Suppression tube sec génotypage