

DEMANDE D'EXAMENS ET FICHE DE SUIVI MEDICAL LABORATOIRE D'IMMUNOLOGIE

RAA/LAB/IML/FO/006 - Version 8

Version 8: document refait sur une page avec consentement

Laboratoire d'immunologie : 111 rue Elisée Reclus 69150 Décines Tel : 04 78 65 62 91- 61 78 Fax : 04 78 65 62 60

Adresse de livraison : 54 rue Vaucanson 69150 Décines Porte D

ETABLISSEMENT et SERVICE PRESCRIPTEUR ou LABORATOIRE		MEDECIN PRESCRIPTEUR	
Cachet obligatoire		Nom	
N° de téléphone / fax :		Prénom	
N° de dossier :		Adresse : (si résultat à envoyer)	
PATIENT(E)		PRÉLÈVEMENT	URGENT <input type="checkbox"/>
Nom d'usage		Date de prélèvement : __ _ / _ _ / _ _ Heure :	
Prénom		<i>Les volumes de prélèvements mentionnés ci-après concernent les adultes. Pour les enfants il est recommandé de fournir un prélèvement de 1 à 5 ml sur tube EDTA selon l'âge</i>	
Nom de naissance Sexe : M ou F		Préleveur : (Nom/Qualité)	
Date de naissance __ _ / _ _ / _ _ _ _			
Résultats à transmettre : <input type="checkbox"/> Laboratoire <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Etablissement Prescripteur			
DIAGNOSTIC D'HEMOGLOBINURIE PAROXYSMIQUE NOCTURNE (HPN)			
<input type="checkbox"/> Recherche d'un CLONE HPN sur les POLYNUCLEAIRES et MONOCYTES : Technique en cytométrie de flux		1 tube de sang sur EDTA de 4 ml Le prélèvement doit être reçu dans les 48H	
IMMUNOLOGIE PLAQUETTE : CONTEXTE DE L'EXAMEN – RENSEIGNEMENTS CLINIQUES			
<input type="checkbox"/> Thrombopénie (si grossesse préciser le terme :))		Grossesse en cours : Oui Non Terme : SA	
<input type="checkbox"/> PTI (suspicion ou connu)		<input type="checkbox"/> Nouvelle grossesse avec antécédents de thrombopénie néonatale	
<input type="checkbox"/> Thrombopathie de Glanzmann / Bernard Soulier / Autres :		<input type="checkbox"/> Anomalie échographique (HIC, MFIU, ...)	
<input type="checkbox"/> Autre(s) pathologie(s), préciser.....		<input type="checkbox"/> Nouveau-né thrombopénique, Identité du nouveau-né et Numération plaquettaire G/L :	
<input type="checkbox"/> Transfusion plaquettaire <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI, préciser la date __ _ / _ _ / _ _ _ _ <input type="checkbox"/> Incident transfusionnel <input type="checkbox"/> Inefficacité transfusionnelle			
<input type="checkbox"/> Traitement en cours <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI préciser si oui			
EXAMENS DEMANDÉS : Les prélèvements doivent être acheminés au laboratoire dans les 48H			
<input type="checkbox"/> EXPLORATION D'UNE THROMBOPÉNIE AUTO-IMMUNE			
Recherche d'anticorps anti-plaquettes fixés (MAIPA direct) et circulants anti-HPA-1, 2, 3, 5 (MAIPA indirect)		3 tubes de 4ml de sang sur EDTA (4 tubes si plaquettes < 50 G/l) 1 tube sec de 4 ml non décanté ou tube gel	
<input type="checkbox"/> EXPLORATION D'UNE INEFFICACITE TRANSFUSIONNELLE PLAQUETTAIRE			
Recherche d'anticorps fixés sur les plaquettes (MAIPA direct) Recherche d'anticorps circulants anti-HPA-1,2,3,5 (MAIPA indirect) En cas d'incident transfusionnel : Epreuve de compatibilité plaquettaire Cross Match plaquettaire : Préciser si le prélèvement est pré ou post-transfusionnel		3 tubes de 4ml de sang sur EDTA (4 tubes si plaquettes < 50 G/l) 1 tube sec de 4 ml non décanté ou tube gel 1 tubulure du produit: CPA ou MCP + un tube sec pré transfusionnel si possible	
<input type="checkbox"/> EXPLORATION D'UNE INCOMPATIBILITE FOETO MATERNELLE : *SIGNATURE DU CONSENTEMENT INDISPENSABLE			
Préciser le groupe sanguin ABO des parents s'il est connu.....		Mère* : 3 tubes de 4ml de sang sur tube EDTA + 4 ml de sang sur tube sec	
<ul style="list-style-type: none"> Recherche d'anticorps anti-plaquettes fixés (MAIPA direct) et circulants anti-HPA-1, 2, 3, 5 et 15 (MAIPA indirect) chez la mère Cross-match : sérum de la mère sur plaquettes paternelles Génotypage HPA des parents et de l'enfant 		Père* : 2 tubes de 4ml de sang sur tube EDTA Identité du père si différent de la mère :	
		Enfant * : 1 ml de sang sur tube EDTA	
<input type="checkbox"/> GENOTYPAGE PLAQUETTAIRE HPA-1, 2, 3, 4, 5, 6, 15 : *SIGNATURE DU CONSENTEMENT INDISPENSABLE			
1ère intention : typage HPA-1, 3, 5, 15 + typages HPA-2, 4, 6 possibles		1 tube de sang sur EDTA de 4 ml (adulte) / 1ml (enfant)	
<input type="checkbox"/> EXPLORATION COMPLÉMENTAIRES			
<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettes circulants anti-HPA-15		1 tube sec de 4 ml ou tube gel	
<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettes Médicament dépendant : Sauf la recherche de thrombopénie induite à l'héparine (anticorps anti-PF4). Examen ne permettant pas l'étude des métabolites (risque de faux négatif) • Faire un courrier indiquant le poids du patient, la posologie, les dates d'introduction et d'arrêt du traitement, et la cinétique du taux des plaquettes		Contacter le laboratoire 1 tube sec de 4 ml non décanté ou tube gel par médicament à tester 3 tubes de 4ml de sang sur EDTA (4 tubes si plaquettes < 50 G/l)	
*ATTESTATION DE CONSULTATION MÉDICALE INDIVIDUELLE ET CONSENTEMENT POUR LA RÉALISATION D'EXAMENS DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE			
Je soussigné(e).....Docteur en Médecine, Conformément aux articles R.1131-4 du code de la santé publique et de l'arrêté du 27 Mai 2013, certifie avoir reçu en consultation ce jour le(la) patient(e) sous-nommé(e) afin de lui apporter les informations sur les caractéristiques de la maladie recherchée, des moyens de la détecter, des possibilités de prévention et de traitement.			
Je soussigné(e) M, Mme.....né(e) le			
Reconnais avoir reçu par le Dr.....les informations sur les examens de génotypage HPA qui seront réalisés afin d'évaluer le risque d'incompatibilité foeto-maternelle plaquettaire.			
Pour cela, je consens :			
<input type="checkbox"/> au prélèvement qui sera effectué pour moi			
<input type="checkbox"/> au prélèvement qui sera effectué pour mon enfant mineur ou une personne majeure sous tutelle			
Fait à, le			
Signature du patient adulte :		Signature du médecin :	
ou du représentant légal de l'enfant mineur			
ou du tuteur légal de l'adulte sous tutelle			

Manuel de prélèvement disponible sur le site de l'EFS : efs-aura.manuelprelevement.fr