

DEMANDE D'EXAMEN IMMUNO-HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE



LBM ETS HFNO Site de LILLE - CHRU		
<i>Rue Emile Laine 59037 Lille Cedex</i>		Tél : 03 28 54 21 89 / Fax : 03 28 54 21 92
Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : www.efs.sante.fr/les-etablissements-regionaux : Hauts de France-Normandie	Réservé au laboratoire Numéro échantillon (<i>coller l'étiquette code-barres</i>) : _____ Réception / horodatage : _____ Signature ou Visa : _____	
Identité du patient	Prescripteur	
(<i>coller une étiquette ou renseigner</i>) Nom de naissance : Nom marital ou d'usage : Prénom : Date de naissance : __ / __ / ____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I N° identifiant unique :	Etablissement ou LBM : Service ou adresse : Code service (UF/UA/UH) : Téléphone : Nom du prescripteur : Qualité : Date de prescription : __ / __ / ____	
Urgence <input type="checkbox"/>	Prescription de PSL associée <input type="checkbox"/>	Prélèvement
Préciser impérativement le motif de l'urgence <input type="checkbox"/> Transfusion en urgence vitale <input type="checkbox"/> Autre motif (préciser) : Résultats à communiquer : <input type="checkbox"/> Par FAX N° :		Date de prélèvement : __ / __ / ____ Heure : H Nom du préleveur : Qualité : <input type="checkbox"/> technicien <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Biologiste <input type="checkbox"/> EIDE <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Interne Signature : _____
EXAMENS DEMANDES Tube EDTA		
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin ABO RH1 et phénotype RH KEL1 <input type="checkbox"/> Phénotype A1/A2 <input type="checkbox"/> Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI) <input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers <input type="checkbox"/> TDA (Test ou Examen Direct à l'Antiglobuline) <input type="checkbox"/> Elution <input type="checkbox"/> Epreuve de compatibilité érythrocytaire (EDC) Phénotypage érythrocytaire <input type="checkbox"/> Etendu (FY1/2, JK1/2, MNS3/4) Autre : <input type="checkbox"/> Lewis (LE1/2) <input type="checkbox"/> Luthéran (LU1/2) <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> KEL3 <input type="checkbox"/> MNS1/2 <input type="checkbox"/> RH8 <input type="checkbox"/> KEL2	<input type="checkbox"/> Titrage d'Anticorps chez la femme enceinte (anticorps anti :.....) <input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'Anticorps chez la femme enceinte <input type="checkbox"/> Titrage anticorps immuns ABO <input type="checkbox"/> Titrage des anticorps naturels ABO <input type="checkbox"/> Bilan Anémie Hémolytique Auto immune (TDA +/- Elution ; RAI +/- titrage d'anticorps froids) <input type="checkbox"/> Dépistage et Titrage d'Agglutinines Froides (1 tube EDTA et un tube sec) <input type="checkbox"/> EIR (effet indésirable receveur) : RAI, TDA Autres examens : selon contexte	
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :		
Pour toute demande d'analyses	Grossesse en cours	Nouveau-né <6 mois
Antécédent de transfusion oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Greffe de CSH <input type="checkbox"/> hémopathie sous anti CD38 ou analogue <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Autre Hémoglobinopathie <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Maladie Auto immune <input type="checkbox"/> Exploration d'un ictère <input type="checkbox"/> Exploration d'une anémie <input type="checkbox"/> Autre :	DDR : Terme Théorique : Geste/ Parité : / <input type="checkbox"/> Injection d'Ig anti-RH1 (Rhophylac®) ↻ Si OUI : Dose : Date : __ / __ / ____ Voie : <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV RAI avant injection : date __ / __ / ____ (<i>Résultat à joindre si non réalisé à l'EFS</i>)	<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion in utero Date : __ / __ / ____ <input type="checkbox"/> Contexte : Identité de la mère : Nom de naissance : Nom marital ou d'usage : Prénom : Date de naissance : __ / __ / ____ <u>Merci de joindre les documents de groupage et RAI de la mère</u>
CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS		
Demande conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Type de Non-conformité : <input type="checkbox"/> Service averti par téléphone <input type="checkbox"/> Service averti par FAX <input type="checkbox"/> Demande régularisée <input type="checkbox"/> Dérogation <input type="checkbox"/> Demande refusée	Nombre d'échantillons transmis : Identité concordante sur tous les tubes transmis : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Réceptionné par :	Revue de la demande : Signature ou visa :