

Réservé au laboratoire



020050100031

FORMULAIRE 6

Av. Vinet 30  
1004 Lausanne  
laboratoire@lasource.ch

Tél. 021 641 32 44  
Fax. 021 641 32 49  
www.lasource.ch

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  F  M  
Adresse \_\_\_\_\_  
NPA \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Renseignements

URGENT

A préparer pour le:

\_\_\_\_\_

heure:

\_\_\_\_\_

Nb de tubes EDTA reçu : \_\_\_\_\_

Visas laboratoire

Introduction

étiquette

Médecin demandeur

\_\_\_\_\_

Copie(s)

\_\_\_\_\_

Date de prélèvement \_\_\_\_\_ Heure de prélèvement \_\_\_\_\_ Initiales du préleveur \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES - IMMUNO-HEMATOLOGIE

POUR TOUTES LES DEMANDES : 1 MONOVETTE ROUGE EDTA 9ML (2 MONOVETTES SI ANTICORPS CONNU(S))

PRODUITS SANGUINS	QUANTITE	RESERVE AU LABORATOIRE								
<input type="checkbox"/> CONCENTRE ERYTHROCYTAIRE										
<input type="checkbox"/> PLASMA FRAIS CONGELE										
<input type="checkbox"/> CONCENTRE PLAQUETTAIRE										
ANALYSES DEMANDEES		RESERVE AU LABORATOIRE							Visa de la laborantine	
<input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN		GR	D	C	c	E	e	K		
<input type="checkbox"/> DEPISTAGE D'ANTICORPS		A 1							B	O
<input type="checkbox"/> IDENTIFICATION D'ANTICORPS		Si anticorps connu(s), merci de noter la spécificité:								
<input type="checkbox"/> PROPHYLAXIE ANTI-D		La patiente a reçu une prophylaxie anti-D (Rophylac, etc.)							Si possible transmettre la carte de groupe du patient au laboratoire	
<input type="checkbox"/> COOMBS DIRECT		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date: _____								
<input type="checkbox"/> TITRATION DE COOMBS										
<input type="checkbox"/> AGGLUTININES FROIDES°										



## RECOMMANDATIONS

	Prélèvement échantillon <b>avant transfusion</b>	<b>Tests</b> pré-transfusionnels
Pour tous les patients	72 heures maximum	Groupe sanguin et Rhésus Dépistage d'anticorps irréguliers En cas de transfusion : tests de compatibilité
Patient transfusé tous les jours	24 heures maximum	Groupe sanguin et Rhésus Dépistage d'anticorps irréguliers En cas de transfusion : tests de compatibilité

### En cas de problèmes transfusionnels avertir l'anesthésiste

## REACTIONS TRANSFUSIONNELLES - RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

### Ce qu'il faut annoncer - délais

#### Réaction transfusionnelle (RT) d'origine immunologique

RT hémolytique (RTH)  
RT fébrile non hémolytique (RTNH)  
RT allergique  
Insuffisance respiratoire aigüe post-transfusionnelle (TRALI)  
Purpura post-transfusionnel (PPT)  
GvHD associé à une transfusion (GvHD-aT)  
Allo-immunisation

#### Réactions transfusionnelles (RT) produit incorrect

Produit(s) transfusé(s) par erreur avec ou sans conséquence pour le patient.

#### Troubles cardiovasculaires et métaboliques

Hypervolémie (TACO)  
Réaction transfusionnelle hypotensive  
Hyperkaliémie  
Hypocalcémie  
Hypothermie sévère (transfusions massives)

#### Infectieuse (virales, bactériennes, parasitaires, prions)

#### "Near miss" (erreurs pré-transfusionnelles repérées à temps)

Essentiellement discordance au niveau de l'identification du patient, du produit sanguin, des échantillons prélevés.

**Toute réaction transfusionnelle est à annoncer au laboratoire dans les plus brefs délais**

## REACTIONS TRANSFUSIONNELLES - MARCHE A SUIVRE (a remplir par le médecin)

Investigations	matériel pour examen	examens à faire
Immuno-hématologiques de base	1 Monovette rouge EDTA 2.7 ml  1 Monovette rouge EDTA 10 ml  Produit sanguin concerné	<input type="checkbox"/> Formule sanguine simple  <input type="checkbox"/> Groupe sanguin (patient) <input type="checkbox"/> Dépistage d'anticorps (si positif: identification) <input type="checkbox"/> Test de Coombs direct <input type="checkbox"/> Test de compatibilité (entre le receveur et le produit concerné)  <input type="checkbox"/> Groupe sanguin (produit)
En cas de suspicion d'hémolyse	1 Monovette blanche 5 ml  1 Monovette urine jaune 10 ml	<input type="checkbox"/> Bilirubine totale <input type="checkbox"/> Haptoglobine <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> Hémoglobine dans l'urine°
En cas d'augmentation de température >1°C et une température >38°C	1 Monovette rouge 2.7 ml  hémocultures aérobie et anaérobie selon procédure soins  Produit sanguin concerné	<input type="checkbox"/> Formule sanguine simple  <input type="checkbox"/> Hémoculture  <input type="checkbox"/> Examen direct <input type="checkbox"/> Culture
En cas de réaction anaphylactique (échantillon pré-transfusionnel ou 7 jours après transfusion)	1 Monovette blanche 5 ml	<input type="checkbox"/> IgA totaux
En cas de symptômes respiratoires	Prendre contact avec la radiologie	<input type="checkbox"/> Cliché thoracique
En cas de suspicion de TRALI (insuffisance respiratoire aigüe post-transfusionnelle)	Recherche d'anticorps anti-HLA et anti-HNA chez: <b>Selon directives du responsable de l'hémovigilance</b>	le donneur le receveur ev. Cross-match

Selon les directives Swissmedic (MU101-10-021f\_FO Heamovigilance Annonce Réaction Transfusionnelle): les formulaires d'annonce peuvent être obtenus au laboratoire

**LABORATOIRE GENERAL: VOIR FORMULAIRE 1**  
**MICROBIOLOGIE: VOIR FORMULAIRE 2**  
**HIV-HEPATITES: VOIR FORMULAIRE 3**  
**IMMUNO-HEMATOLOGIE: VOIR FORMULAIRE 6**

° = analyses sous-traitées