



Médecin référent + service

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  F  M

Adresse \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**URGENT**

Nb de tubes EDTA reçu : \_\_\_\_\_

Visas laboratoire Introduction \_\_\_\_\_ étiquette \_\_\_\_\_

Copie(s)

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

**FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES - IMMUNO-HEMATOLOGIE**

- Prélèvement Veineux / Artériel (1 EDTA 7,5 ml ou 2 tubes si anticorps connus)  Sang capillaire bébé  Sang de cordon (veineux ou artériel)

**Analyses Immuno-hématologiques**

- Groupe ABO/RhD  Dépistage Anticorps irréguliers (RAI)  Coombs direct / Test direct à l'antiglobuline (TDA)
- Groupe sanguin 1ère détermination (groupe ABO/RhD + RAI + TDA)
- Groupe sanguin 2ème détermination (groupe ABO/RhD, si dernier résultat > 72h: RAI + TDA)\*
- Groupe sanguin avec délai des tests prétransfusionnels dépassés (72 heures) (groupe ABO/RhD + RAI + TDA)\*

\* Contacter le laboratoire si besoin au 3165 ou 3944

**Prophylaxie anti-D**  OUI \*  NON  ne sais pas \* Date injection anti-D : .....  Semaines de grossesse: .....

**Traitement avec anti-CD38**  OUI  NON

**Prescription et commande de produits sanguins (PSL)**

- Transfusion en Urgence (<60 minutes)
- Transfusion prévue le ..... à .....  Opération prévue le ..... à .....
- Patient averti  OUI  NON
- Nom et signature lisible du médecin prescripteur:.....  
Tout ordre téléphonique par le médecin doit être fait au service de soins ET au laboratoire
- Ordre médical écrit et signé par le médecin prescripteur  
Nom et signature lisible de l'infirmier-ère qui a relevé l'ordre:.....

Concentrés érythrocytaires (CE)  CE à irradier Nombre: .....

Plasma frais congelé (PFC) (A décongeler au service des soins intensifs) Nombre: .....

Concentrés plaquettaires (CP) (CP adulte = 5 U) (1/2 CP adulte = 2,5 U) Nombre: .....

**Réception de commande de produits sanguins (PSL)**

Demande d'ordre reçue: date.....heure.....

Nom et signature de le/la TAB:.....

**Prélèvement**

Si aucune détermination de Groupe sanguin complet n'a été réalisé au laboratoire de La Clinique de La Source (CLS), **prélever 2 tubes indépendamment l'un de l'autre par 2 personnes et joindre un bon par tube.**  
La validité des tests est de 72 heures, passé ce délai, une nouvelle prise de sang est nécessaire.  
En cas de discordance d'identité entre le tube et le bon de demande ou échantillon/bon incomplet la demande ne sera pas traitée

Médecin prescripteur / Services de soins

Laboratoire

Informations importantes

