



**FORMULAIRE 6**

Av. Vinet 30 Tél. 021 641 32 44  
 1004 Lausanne Fax. 021 641 32 49  
 laboratoire@lasource.ch 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
	GR	D	C	c	E	e	K	
<input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN								
<input type="checkbox"/> DEPISTAGE D'ANTICORPS								
<input type="checkbox"/> IDENTIFICATION D'ANTICORPS								
<input type="checkbox"/> PROPHYLAXIE ANTI-D	Si anticorps connu(s), merci de noter la spécificité: La patiente a reçu une prophylaxie anti-D (Rophylac, etc.) <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date: _____							Si possible transmettre la carte de groupe du patient au laboratoire
<input type="checkbox"/> COOMBS DIRECT								
<input type="checkbox"/> TITRATION DE COOMBS								
<input type="checkbox"/> AGGLUTININES FROIDES°								

° = analyses sous-traitées



## 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 (à 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 <sup>o</sup>
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

<sup>o</sup> = analyses sous-traitées