



020050100015

FORMULAIRE 6

Dre Jasmine NOETZLI, médecin FMH, FAMH

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 _____

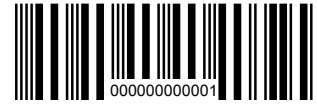
FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES - IMMUNO-HEMATOLOGIE

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

° = analyses sous-traitées



RECOMMANDATIONS

| | Prélèvement échantillon avant transfusion | Tests 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 ^o |
| 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: Selon directives du responsable de l'hémovigilance | 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

^o = analyses sous-traitées