

## DEMANDE D'EXAMENS

### Laboratoire d'Immuno-Hématologie Erythrocytaire Nouvelle-Aquitaine

#### Laboratoire du CH de Niort

Téléphone | 24h/24 : 05 49 78 31 90 (IHR) ou 31 67 (labo garde)

Fax | 05 49 78 31 64



Manuel de prélèvement du Laboratoire disponible sur <a href="https://efs-nvag.manuelprelevement.fr/">https://efs-nvag.manuelprelevement.fr/</a>		Réservé au laboratoire : <i>Réception / horodatage</i> :
<b>Identité du patient</b> <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 : .....		<b>Prescripteur</b> Nom du prescripteur: Service: Téléphone :
<b>URGENCE</b> <i>Préciser impérativement le motif de l'urgence</i> <input type="checkbox"/> Transfusion prévue le ...../...../..... à .....  <input type="checkbox"/> Intervention prévue le ...../...../.....  <input type="checkbox"/> Non urgent (pas de transfusion ni de bloc prévu dans les 24h suivantes )		<b>Prélèvement</b> Date de prélèvement : ____ / ____ / ____ Heure : ..... H ..... Nombre de tubes :  Envoi : <input type="checkbox"/> Navette EFS <input type="checkbox"/> Navette d'urgence
<b>EXAMENS DEMANDES</b> ( <i>se reporter au manuel de prélèvement <a href="https://efs-nvag.manuelprelevement.fr/">https://efs-nvag.manuelprelevement.fr/</a></i> )		<b>Bilans</b> <i>(1 x  EDTA par type d'examen sauf si précisé)</i>  <input type="checkbox"/> Détermination de Groupe sanguin ABO-RH1 et phénotype RH-KEL1 <i>Seconde détermination : en cas de contexte transfusionnel avéré</i>  <input type="checkbox"/> Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI)
<input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers  <input type="checkbox"/> Génotypage érythrocytaire : <input type="checkbox"/> RHD <input type="checkbox"/> RHCE <input type="checkbox"/> Etendu (FY1/2, JK1/2, MNS3/4) <input type="checkbox"/> Autre : .....		<input type="checkbox"/> Dépistage et Titrage d'Agglutinines Froides <i>Joindre la fiche de renseignements</i> <b>3 x </b>
<input type="checkbox"/> Examen Direct à l'Antiglobuline (EDA / Test Direct de Coombs / TDC / TDA)  <input type="checkbox"/> Epreuve de Compatibilité au Laboratoire <i>Joindre obligatoirement une commande de PSL</i>		<input type="checkbox"/> Recherche et Titrage anticorps anti-A/B <input type="checkbox"/> immuns <input type="checkbox"/> naturels  <input type="checkbox"/> Génotypage RHD fœtal sur sang maternel <i>Joindre obligatoirement le consentement éclairé de la patiente (formulaire sur demande)</i> <b>2 x </b>
 <input type="checkbox"/> Phénotype érythrocytaire étendu <input type="checkbox"/> Etendu FY1/2, JK1/2, MNS3/4 <input type="checkbox"/> Autre :  <input type="checkbox"/> Elution		<input type="checkbox"/> Effet indésirable transfusionnel (sur CGR)  <input type="checkbox"/> Bilan Pré-Greffe de rein <b>2 x </b> <input type="checkbox"/> Receveur <input type="checkbox"/> Donneur  <b>Prévention immunisation RH1 (Obstétrique)</b>  <input type="checkbox"/> Détermination Rhésus RH1 (D) du Nouveau-né <input type="checkbox"/> Sang de cordon <input type="checkbox"/> Sang veineux <i>Remplir le lien mère/enfant le cas échéant</i>  <input type="checkbox"/> Test de Kleihauer <i>Remplir obligatoirement les renseignements « Obstétrique » ci-dessous et le lien mère/enfant le cas échéant</i>
<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :</b>		
<b>Pour toute demande d'analyses</b>		<b>Obstétrique</b>
<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion (date : ____ / ____ / ____) <input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse <input type="checkbox"/> Greffe rénale ABO incompatible <input type="checkbox"/> Greffe de CSH <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Traitement par : <input type="checkbox"/> anti-CD38 <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Hémoglobinopathie <input type="checkbox"/> Origine géographique : ..... <input type="checkbox"/> Bilan pré-opératoire Date intervention : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Autre: .....		<b>DDG</b> <input type="checkbox"/> ou <b>DDR</b> <input type="checkbox"/> : ...../...../..... Geste/ Parité : G... /P... <input type="checkbox"/> <b>Injection d'Ig anti-RH1 (Rhophylac®)</b> Date : ..... Dosage : ..... Voie d'administration : .....
<b>Contexte de demande du Kleihauer :</b> <input type="checkbox"/> Traumatisme abdominal direct <input type="checkbox"/> Prévention immunisation anti-RH1 (D) <input type="checkbox"/> Interruption de grossesse du 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> trimestre <input type="checkbox"/> Retard de croissance intra-utérin non vasculaire <input type="checkbox"/> Autre : .....		<b>Identité de la mère ou enfant :</b> Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ____ / ____ / ____ <b>Merci de joindre les documents de groupage et RAI de la mère/groupe du Nouveau-né</b>
<b>CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS</b>		<b>Nombre de tubes reçus :</b> <b>Numéro échantillon (coller l'étiquette code-barres)</b>
<i>Si demande non conforme :</i> Code(s) NC : .....		Réponse du service :
Nom et fonction de la personne prévenue ou ayant régularisé la NC par téléphone :		
<input type="checkbox"/> Service averti par téléphone <input type="checkbox"/> Demande régularisée <input type="checkbox"/> Dérégulation par Biologiste : ..... <input type="checkbox"/> Demande refusée		
		NC avertie/régularisée par :