

# 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-nvaq.manuelprelevement.fr/">https://efs-nvaq.manuelprelevement.fr/</a>		Réservé au laboratoire : Réception / horodatage :	
<b>Identité du patient</b> (coller une étiquette ou renseigner) 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> Préciser impérativement le motif de l'urgence <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 Préleveur : Nom / Prénom : Qualité :	
<b>EXAMENS DEMANDES (se reporter au manuel de prélèvement <a href="https://efs-nvaq.manuelprelevement.fr/">https://efs-nvaq.manuelprelevement.fr/</a>)</b>			
<b>Prélèvements sur tube EDTA 1x</b> <input type="checkbox"/> (1seul tube plein pour l'ensemble des analyses ci-dessous)		<b>Prélèvements sur tube EDTA</b> (1 x <input type="checkbox"/> EDTA par type d'examen sauf si précisé)	
<input type="checkbox"/> Détermination de Groupe sanguin ABO-RH1 et phénotype RH-KEL1 Seconde détermination : en cas de contexte transfusionnel avéré		<input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers 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"/> Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI)		<input type="checkbox"/> Recherche et Titrage anticorps anti-A/B <input type="checkbox"/> immuns <input type="checkbox"/> naturels	
<input type="checkbox"/> Examen Direct à l'Antiglobuline (EDA / Test Direct de Coombs / TDC / TDA)		<input type="checkbox"/> Génotypage RHD fœtal sur sang maternel Joindre obligatoirement le consentement éclairé de la patiente (formulaire sur demande) 2 x <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Epreuve de Compatibilité au Laboratoire Joindre obligatoirement une commande de PSL		<input type="checkbox"/> Titrage d'Anticorps chez la femme enceinte (anticorps anti : .....) <input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'Anticorps chez la femme enceinte (Ac anti-RH1,2,3,4,5/anti-public) Remplir obligatoirement les renseignements « Obstétrique » ci-dessous	
Phénotype érythrocytaire étendu <input type="checkbox"/> Etendu FY1/2, JK1/2, MNS3/4 <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Bilan Pré-Greffe de rein <input type="checkbox"/> Receveur <input type="checkbox"/> Donneur 2 x <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Elution		Prévention immunisation RH1 (Obstétrique) <input type="checkbox"/> Détermination Rhésus RH1 (D) du Nouveau-né <input type="checkbox"/> Sang de cordon <input type="checkbox"/> Sang veineux Remplir le lien mère/enfant le cas échéant <input type="checkbox"/> Test de Kleihauer Remplir obligatoirement les renseignements « Obstétrique » ci-dessous et le lien mère/enfant le cas échéant	
<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 : .....		DDG <input type="checkbox"/> ou DDR <input type="checkbox"/> : ____/____/____ Geste/ Parité : G... /P... <input type="checkbox"/> Injection d'Ig anti-RH1 (Rhopylac®) Date : ..... Dosage : ..... Voie d'administration : ..... Contexte de demande du Kleihauer : <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 : ..... Transmission obligatoire des résultats : Maternité prévue pour l'accouchement : ..... Adresse/téléphone de la patiente : .....	
		<b>Nouveau-né &lt;6 mois</b> <input type="checkbox"/> Ictère néo-natal <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion in utero Date : ____/____/____ Identité de la mère ou enfant : Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ____/____/____ Merci de joindre les documents de groupage et RAI de la mère/groupe du Nouveau-né	
<b>CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS</b>			
Si demande non conforme : Code(s) NC : .....		Nombre de tubes reçus :	
Nom et fonction de la personne prévenue ou ayant régularisée la NC par téléphone :		Numéro échantillon (coller l'étiquette code-barres)	
<input type="checkbox"/> Service averti par téléphone <input type="checkbox"/> Demande régularisée <input type="checkbox"/> Dérogation par Biologiste : ..... <input type="checkbox"/> Demande refusée			
Réponse du service :		NC avertie/régularisée par :	