



Nom, prénom, date de naissance, adresse complète du patient ou adrémat avec PID/FID

Diagnostic indispensable	
Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Ambulatoire	<input type="checkbox"/>
Nom du médecin prescripteur	
Date de la prise de sang	
Nom et prénom de la personne ayant effectué la prise de sang	
Pour demandes provenant hors de l'HCF	
Etablissement et Service	
Tél/ Mail	

Généralités concernant le prélèvement et conseil au prescripteur

Le nom, prénom, date de naissance doivent être inscrits sur les tubes. Les analyses ne seront pas effectuées sur des échantillons non ou incorrectement identifiés. Pour toute question portant sur le choix des examens, l'utilisation des prestations, des indicateurs et limitations cliniques, ainsi que de la fréquence recommandées pour les analyses, en référer au Dr E. Levrat.

Hémorragie avec menace vitale → appeler sans délai le labo transfusionnel au 62890

Prescription médicale → Commande de produits sanguins

Anamnèse transfusionnelle	La patiente est-elle enceinte ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
	Prophylaxie anti-D ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI → date d'injection :
	Patient sous Daratumumab (Darzalex) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI → dès le :
	Patient greffé de moelle ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI → date greffe :
	Besoin de CE irradié ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI → cause :

Standard ds la journée	urgence ds l'heure	Type de produit sanguin	Nombre	La commande doit être prête
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré érythrocytaire		Pour le service
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré érythrocytaire irradié **		Date
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plasma frais congelé		Heure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré plaquettaire		

Sceau et signature du médecin prescripteur obligatoire

** Indication : Hodgkin. Traitement par analogues des purines (Fludarabine, Cladribine, Clofarabine, Nelarabine, Bendamustine...), sérum antilymphocytaire (ATG), Alemtuzumab. Après allo-greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH). 10 jours avant récolte CSH autologues, 6 mois après auto-greffe de CSH. Immunodéficience congénitale touchant l'immunité cellulaire T. Nouveau-né (jusqu'à 6 mois de vie).

Attention : pour HCF les produits sanguins commandés seront délivrés par T-FR l'un après l'autre, sauf avis contraire du prescripteur (dans ce cas, merci de contacter le labo de T-FR au 62890).

Commande de sang et Demande d'analyses d'immuno-hématologie

Joindre à cette demande 10 ml de sang natif sans gélose et 3 ml de sang sur EDTA

<input type="checkbox"/> Groupe sanguin		<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps irréguliers	
Contrôle ABO/D	1012.00	Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires	1288.00
Groupe sanguin ABO et Rh (y compris D faible)	1013.00	Identification d'anticorps anti-érythrocytaires	1286.00
Détermination des ag érythro A1/A2/A1B/A2B	1290.00	Identification ac érythrocytaires par susp suppl	1287.00
Phénotype Rhésus	1653.00	Identification ac érythrocytaires, à partir de 3 Ac	1285.00
Ag érythrocytaires (sauf ABO, Rh D et phéno)	1292.00	Recherche et identif d'ac fixés par élution	1293.00
Phéno étendu (MNS, Jka/b, Fya/b, Lua, Kpa)	1292.00	Titration d'ac anti-érythrocytaire (par anticorps)	1289.00
		Auto adsorption	# 1295.00
<input type="checkbox"/> Test de Coombs direct		<input type="checkbox"/> Recherche et titration d'agglutinines froides	
Test de Coombs polyspécifique ou anti-IgG	1281.10	Recherche d'agglutinines froides	1483.00
Titration de Coombs polyspécifique	1296.00	Titration d'agglutinines froides (par titre)	1726.00
Test de Coombs monospécifique (IgG, IgA, C3d)	1281.10		
Titration de Coombs monospécifique anti-IgG	1296.00	<input type="checkbox"/> Autre	
Titration de Coombs monospécifique anti-C3d	1296.00		
Titration de Coombs monospécifique anti-IgA	1296.00		
Détermination des sous-classes IgG (IgG1 / IgG3)	1281.10		

Réservé au laboratoire de T-FR

N° de prélèvement Sceau/ Visa Remarques



Urgence Non Oui

Date _____

Entre 19h00 et 7h00
 Dimanche et jours férié



Diagnostic indispensable	
Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Ambulatoire	<input type="checkbox"/>
Nom du médecin prescripteur	
Date de la prise de sang	
Nom et prénom de la personne ayant effectué la prise de sang	
Pour demandes provenant hors de l'HCF	
Etablissement et Service	
Tél/ Mail	

Nom, prénom, date de naissance, adresse complète du patient ou adrémat avec PID/FID

Généralités concernant le prélèvement et conseil au prescripteur

Le nom, prénom, date de naissance doivent être inscrits sur les tubes. Les analyses ne seront pas effectuées sur des échantillons non ou incorrectement identifiés. Pour toute question portant sur le choix des examens, l'utilisation des prestations, des indicateurs et limitations cliniques, ainsi que de la fréquence recommandées pour les analyses, en référer au Prof C. Chuard.

Analyses de marqueurs infectieux

1 tube sang natif avec gélose ou EDTA 10 ml avec gélose pour 2 sérologies demandées

X Cocher l'analyse désirée svp

HEPATITE A Sérologie complète (Anti HAV IgG + Anti-HAV IgM)

Examens isolés de l'hépatite A :

<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HAV IgG	3049.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HAV IgM	3051.00

HEPATITE B Sérologie complète (Ag HBs, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HBc IgM, anti-HBe)

Examens isolés de l'hépatite B :

<input type="checkbox"/> Antigène HBs	3065.00
<input type="checkbox"/> Antigène HBs test de confirmation par neutralisation	3064.00
<input type="checkbox"/> Antigène HBe	3058.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBs quantitatif (contrôle vaccin)	3057.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBc IgG	3053.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBc IgM	3055.00
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-HBe	3066.00

HEPATITE C

<input type="checkbox"/> Dépistage anticorps anti-HCV	3068.00
<input type="checkbox"/> Confirmation anticorps anti-HCV	à 3070.00


HIV

<input type="checkbox"/> Dépistage anticorps anti HIV-1 / HIV-2 et antigène p24 HIV-1	3094.00
<input type="checkbox"/> Dépistage de l'antigène HIV-1 p24	à 3096.00
<input type="checkbox"/> Confirmation anti-HIV 1 + 2 Western Bloth ou Immunoblot	à 3095.00

Copie des résultats à envoyer à : (Nom, prénom et adresse compète du médecin)

à : identifie les analyses sous-traitées
: identifie les analyses non-accréditées

Prestations de laboratoire : Ce formulaire de demande d'analyses est lié aux conditions générales de vente et à l'onglet « Prestations de laboratoire » accessible sur notre site Internet www.transfusion-fr.ch. Il contient des données sur le matériel d'analyses, la sous-traitance et la représentativité de l'échantillonnage.

Réservé au laboratoire de T-FR			Urgence Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
N° de prélèvement	Sceau/ Visa		Remarques
			<input type="checkbox"/> Entre 19h00 et 7h00 <input type="checkbox"/> Dimanche et jours férié