

# Demande d'examen des laboratoires d'Immuno hématologie érythrocytaire

## RAA/LAB/IHE/FO/187 - Version 2

Coordonnées de l'expéditeur		Coordonnées du laboratoire Destinataire	
LBM ou ES		LBM de l'EFS Aura site de.....	
Téléphone			
Fax			


### CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS

Demande conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Réceptionné par :	
Si non conforme : Code(s) NC .....	<input type="checkbox"/> Service averti par téléphone <input type="checkbox"/> Dérogation	Numéro échantillon (coller l'étiquette demande)	

Manuel de prélèvement du Laboratoire de l'EFS AURA disponible sous :  
<https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes>

Réserve au laboratoire :  
Réception / horodatage :

Identité du patient (coller une étiquette ou renseigner)	Prescripteur
Nom de naissance : .....	Nom/Prénom du prescripteur : <u>NACHE</u>
Nom marital ou d'usage : <u>OMYNE</u>	Fonction : <u>PH</u>
Prénom : <u>ANNE</u>	Date de prescription : <u>26/10/2022</u>
Date de naissance : <u>3/12/1946</u> Sexe : <u>F</u>	Etablissement ou LBM : <u>LBM AURA</u>
Adresse (si besoin) : .....	Service ou adresse : <u>Neurologie B</u>
N° identifiant unique :	Code service (UF/UA/UH) : <u>60</u>
	Téléphone : <u>425732</u>

Urgence : cocher ici <input type="checkbox"/>	Prélèvement
Préciser impérativement le motif de l'urgence	Date de prélèvement : <u>26/10/2022</u> Heure : <u>21</u>
<input type="checkbox"/> Transfusion en urgence vitale	Préleveur : <u>FRANCOISE</u> Signature : 
<input checked="" type="checkbox"/> Transfusion prévue (date) : <u>26/10/2022 à 12h</u>	Nom : <u>NACHE</u>
<input type="checkbox"/> Intervention prévue (date-type) : .....	Prénom : <u>NACHE</u>
Résultats à communiquer :	Fonction : <u>LAB</u>
<input type="checkbox"/> Par FAX N° .....	
<input type="checkbox"/> Par échange de données informatiques	

### EXAMENS DEMANDES (se reporter au manuel de prélèvement : <https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes>)

Prélèvements sur tube EDTA (violet)	Prélèvements tube EDTA (violet)	Génotypage foetal
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin ABO RH1 et phénotype RH KEL1 (+TDA si enfant <4 mois sauf si fourni)	<input type="checkbox"/> Titrage d'Anticorps chez la femme enceinte (anticorps anti : .....	<input type="checkbox"/> Génotypage RHD foetal sur sang maternel
<input checked="" type="checkbox"/> Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI, dépistage d'anticorps irréguliers)	<input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'Anticorps chez la femme enceinte	2 tubes EDTA (violet)
<input type="checkbox"/> TDA (Test ou Examen Direct à l'Antiglobuline)	<input type="checkbox"/> Test de Kleihauer pré-natal (nombre SA.....)	1 tube sec avec gel (jaune) (à centrifuger 30 minutes après prélèvement)
<input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers si RAI dépistage positif, fournir résultats et panel de dépistage	<input type="checkbox"/> Test de Kleihauer post-natal	<input type="checkbox"/> Autre génotypage sur sang maternel : 3 tubes EDTA (violet)
<input type="checkbox"/> Epreuve Directe de Compatibilité	<input type="checkbox"/> Titrage des anticorps immuns ABO	<b>Documents à fournir pour cet examen :</b>
<input type="checkbox"/> Elution d'anticorps	<input type="checkbox"/> Titrage des anticorps naturels ABO	Consentement éclairé obligatoire (voir <a href="https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes">https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes</a> )
Phénotypage érythrocytaire	<input type="checkbox"/> Dépistage et Titrage d'Agglutinines Froides	Résultat du groupage sanguin de la patiente
<input type="checkbox"/> Etendu FY1/2, JK1/2, MNS3/4		Ordonnance signée du prescripteur
<input type="checkbox"/> Autre :		
<input type="checkbox"/> Génotypage érythrocytaire		

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :

Pour toute demande d'analyses	Grossesse en cours	Nouveau-né <6 mois
<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion	DDG : .....ou DDR : .....	<input type="checkbox"/> ABO RHK Sang veineux
Date : ___/___/___	<input type="checkbox"/> Injection d'une Ig anti-RH1 (Rhophylac®)	<input type="checkbox"/> ABO RH1 Sang de cordon (selon site)
<input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse	Si OUI :	<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion in utero
<input type="checkbox"/> Antécédent d'immunisation Spécificité : .....	Date : .....	Date : ___/___/___
<input type="checkbox"/> Greffe de CSH si oui date et lieu : .....	Dosage :	Identité de la mère :
<input type="checkbox"/> Greffe d'organe.....	Vole d'administration <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV	Nom de naissance : .....
<input type="checkbox"/> Traitement par anti-CD38 (Daratumumab®)	Date de dernière RAI négative :	Nom marital ou d'usage : .....
<input type="checkbox"/> Traitement par Ac monoclonal		Prénom : .....
<input type="checkbox"/> Drépanocytose		Date de naissance : ___/___/___
<input type="checkbox"/> Hémopathie		<i>Joindre résultats groupage et RAI de la mère</i>
<input type="checkbox"/> Maladie Auto immune		
<input type="checkbox"/> Exploration d'un ictère/anémie		

\* Mise en page plus aisée- MAJ lien internet manuel prélèvement