

DEMANDE D'EXAMENS IMMUNO-HEMATOLOGIE

LBM IHG

ETIQUETTE LBM IHG

N° téléphone : Auxerre 03.86.42.03.74 Besançon 03.81.61.56.15 Chalon 03.85.42.74.93 Dijon 03.80.70.60.11 Nevers 03.86.61.82.04 Nord Franche Comté 03.84.98.33.68 Sens 03.86.86.10.68

N° télécopie : Auxerre 03.86.42.03.65 Besançon 03.81.61.56.18 Chalon 03.85.42.74.99 Dijon 03.80.70.60.04 Nevers 03.86.61.82.01 Nord Franche Comté 03.84.98.33.69 Sens 03.86.86.19.10

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : https://efs-bfc.manuelprelevement.fr/		Réservé au laboratoire : Réception / horodatage :			
Identité du patient (renseignements manuscrits après vérification active de l'identité ou étiquette) L'identité doit être vérifiée à partir d'un document officiel d'identité (Cf arrêté du 15 mai 2018) Nom de naissance : Nom marital : (ou d'usage) Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : M ☐ F ☐ I ☐ N° identifiant unique (NIP ou équivalent) : Adresse (obligatoire si service de consultation) :		Prescripteur Nom/Prénom du prescripteur : / Qualité : Date de prescription : / / Etablissement ou LBM demandeur : Service ou adresse : Code service (UF/UA/UH) : Téléphone : Autre destinataire des résultats :			
Urgence : cocher ici ☐ Préciser impérativement le motif de l'urgence ☐ prescription de PSL associée en urgence vitale (immédiate ou < 30min) ☐ autre motif (préciser) : Résultats à communiquer : ☐ N° de FAX obligatoire : ☐ Pneumatique		Prélèvement (tube EDTA, bouchon violet) Date de prélèvement : / / Heure : H <table border="1"> <tr> <td> Préleveur Nom : Prénom : Qualité et/ou N° identifiant professionnel : </td> <td> Signature : </td> </tr> </table>		Préleveur Nom : Prénom : Qualité et/ou N° identifiant professionnel :	Signature :
Préleveur Nom : Prénom : Qualité et/ou N° identifiant professionnel :	Signature :				

EXAMENS DEMANDES (se reporter au manuel de prélèvement si besoin)

1 seul tube EDTA ☐ possible pour ces 3 examens : ☐ Phénotypage ABO.RH1-RH.KEL1 ➡ ☐ Contexte transfusionnel avéré (CASE A COCHER SI BESOIN) ☐ RAI-dépistage ☐ EDA (TDA ou Test de Coombs direct)	1 seul tube EDTA ☐ pour chacun de ces examens : ☐ Identification d'Anticorps Irréguliers ☐ Epreuve de compatibilité érythrocytaire (si demandée seule) ☐ RAI sur éluat (si demandée seule) ☐ Titrage anticorps ABO : naturels ☐ immuns ☐ ☐ Titrage d'Anticorps chez la femme enceinte ☐ Dosage pondéral d'Anticorps chez la femme enceinte ☐ Phénotype étendu FY1/2, JK1/2, MNS3/4 ☐ Phénotype élargi ☐ Titrage d'Agglutinines Froides (2 tubes EDTA ☐) ☐ Test de Kleihauer : Justification :	Autre examen (Adsorption, Effet indésirable receveur) Prendre contact avec le LBM IHG au préalable
--	--	---

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :

Pour toute demande d'analyses ☐ Bilan pré opératoire / date d'intervention : ☐ Antécédent de transfusion Date : / / ☐ Antécédent de grossesse ☐ Allo greffe de CSH : date : ☐ Anti-CD38 (Daratumumab, Isatuximab) ☐ Anti-CD47 ☐ Drépanocytose ☐ Myélome ☐ Autre hémopathie : ☐ Maladie Auto immune : ☐ Greffe d'organe ☐ Si anémie, hémoglobine : ☐ Autre :	Si grossesse en cours Lieu présumé d'accouchement : DDG : ou DDR : Geste / Parité : / ☐ Injection d'un Ig anti RH1 (Rhophylac) Si OUI : - Date dernière RAI négative avant injection : / / - Informations sur la dernière injection : <table border="1"> <tr> <td>Date d'injection</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Dosage en µg</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Voie d'administration</td> <td>.....</td> </tr> </table> - Document de phénotypage érythrocytaire (copie à fournir obligatoirement)	Date d'injection		Dosage en µg		Voie d'administration		Si nouveau-né < 6 mois ☐ Antécédent de transfusion in utero Date : / / ☐ Ictère ☐ Anémie Identité de la mère : (ou étiquette) Nom de naissance : Nom marital ou d'usage : Prénom : Date de naissance : / / Merci de joindre les documents de phénotypage érythrocytaire et RAI de la mère
Date d'injection								
Dosage en µg								
Voie d'administration								

Rédacteur	Vérificateur	Approbateur
LACHAUME Véronique 24/11/2023	JOUBAUD Patrick (27/11/2023)	BRANGER Marine (27/11/2023)