ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - AQUITAINE - LIMOUSIN

PLACE AMÉLIE RABA-LÉON - CS 21010 - 33075 BORDEAUX CEDEX
TÉL. 05 56 90 83 83 - FAX 05 56 90 83 84

N° SIRET : 428 822 852 00029 - Code APE : 854 L

ORDONNANCIER

Analyses Immuno-Hématologiques

TÉLÉPHONES ET TÉLÉCOPIES DES SITES DU LABORATOIRE
D'IMMUNO-HÉMATOLOGIE DE L'EFSAQLI

Site d'AGEN	05 53 77 03 43	FAX : 05 53 77 03 44
Site de BAYONNE	05 59 44 36 84	FAX : 05 59 44 36 88
Site de BORDEAUX	05 56 90 83 65	FAX : 05 56 90 83 61
Site de DAX	05 58 91 48 30	FAX : 05 58 91 48 84
Site de GUERET	05 55 52 08 22	FAX : 05 55 52 85 26
Site de HAUT-LEVEQUE	05 57 65 65 82	FAX : 05 57 65 60 41
Site de LIMOGES	05 55 50 78 40	FAX : 05 55 50 78 58
Site de MONT-DE-MARSAN	05 58 06 50 42	FAX : 05 58 06 50 43
Site de PAU	05 59 72 67 86	FAX : 05 59 72 67 10
Site de PERIGUEUX	05 53 45 52 45	FAX : 05 53 45 52 46
Site de SAINT-ANDRE (ouvert de 8h à 20h)	05 56 79 56 79 - (poste 43390 et fax 43397)	

NOTE À L'INTENTION DES UTILISATEURS

La VERIFICATION DIRECTE de l'identité du patient doit être réalisée par la personne effectuant le prélèvement. Elle doit se faire en interrogeant directement l'intéressé et non pas seulement en se fiant à une pièce d'identité du dossier. Apposer une étiquette sur chaque exemplaire. ATTENTION aux libellés d'étiquettes incomplets ou tronqués.

Les deux déterminations de groupages RH-KEL1 (RhD) et de phénotype RH-KEL1 (RhK) nécessaires pour une transfusion doivent être réalisées sur deux actes de prélèvement différents, effectuées si possible par deux préleveurs différents.

Le délai habituel de validité de la RAI à compter de l'heure du prélèvement est de trois jours (72 heures). Sur indication formelle du prescripteur ou dans le cadre d'un protocole transfusionnel préétabli, en l'absence d'antécédents transfusionnels ou d'autres épisodes immunisants (grossesse, greffe,...) dans les six mois précédents, le délai de validité d'une RAI négative peut être porté à vingt et un jours.

La durée de validité d'une épreuve de compatibilité à compter de l'heure du prélèvement est de trois jours (72 heures).

Tous les renseignements utiles concernant les prélèvements et les analyses réalisées par notre laboratoire figurent dans le manuel de prélèvement et de présentation de notre laboratoire.

1er feuillet destiné à l'EFS Aquitaine-Limousin. 2ème feuillet destiné au dossier Transfusionnel de l'Établissement de Santé.

Etablissement :

Service :

Code UF :

Tél. Service à joindre :

PRESCRIPTION D'EXAMENS IMMUNO-HÉMATOLOGIQUES

Jaune

N° I : Destinée au LBM

L'Établissement Français du Sang Aquitaine-Limousin

PRELEVE POUR LE PATIENT OU ETIQUETTE PATIENT (Prélèvement de sang total)	**LIEN MERE – ENFANT (OU PERE – ENFANT)**	
	Si mère d'un nouveau-né de moins de 3 mois, notez l'identité du nouveau-né ci-dessous	Si le patient est un nouveau-né de moins de 3 mois, notez l'identité de la mère ci-dessous
Nom de famille (naissance) :		**Nom de famille (naissance) :**
Nom d'usage (marital) :		**Nom d'usage (marital) :**
Prénom :		**Prénom :**
Né(e) le : **Sexe : M F**		**Né(e) le :** **Sexe : M F**
N° de séjour et/ou permanent :		**N° de séjour et/ou permanent :**

Contexte clinique : ……

☐ Antécédent transfusionnel Si oui, date de la dernière transfusion : …../…../……

☐ Grossesse Nombre S.A. : ……

☐ Si injection d'immunoglobulines anti D : Date d'injection : …../…../…… Dose injectée : ……..

RAI dans les 7 jours précédant la 1ère injection d'Ig anti-D… Date : …../…../…… Résultat :……

☐ Contexte de thrombopénie néo-natale *:* numération plaquettaire J0 : …… J3 : …….. J5 : ……

IH

☐ **Groupe ABO RH1 + Phénotype Rh Kell** (**1** tube EDTA)
(1ère détermination **ou** 2e détermination)

☐ **RAI** (**1** tube EDTA)

☐ **Epreuve de compatibilité (EDC)** (**2** tubes EDTA)
(Joindre obligatoirement la prescription de PSL associée)

☐ **Phénotype Etendu** (**1** tube EDTA).
(1ère détermination **ou** 2e détermination)

☐ **Effet indésirable transfusionnel**
(**1** tube EDTA + **1** tube Sec)

☐ **Test direct de Coombs** (1 tube EDTA)

☐ **Recherche d'AC anti A&B immuns** (1 tube EDTA)

☐ **Titrage des AC** (1 tube EDTA)

☐ **Dosage pondéral d'AC** (1 tube EDTA)

☐ **Autre (à préciser)**

Prévention immunisation Rhésus (Obstétrique) : ☐ Détermination du Rhésus RH1 (D) chez le bébé
Origine du prélèvement **:** ☐ veineux ☐ cordon

Test de Kleihauer (Obstétrique) (1 tube EDTA)

☐ Traumatisme abdominal direct
☐ Prévention allo-immunisation anti-RH1 (anti-D)
☐ Interruption de grossesse du 2e ou 3e trimestre
☐ Autres : ……
☐ Placenta prævia hémorragique
☐ Retard de croissance intra-utérin non vasculaire

Immunologie plaquettaire (hors Limoges)

HLA

☐ Contexte transfusionnel ☐ Recherche et identification d'anticorps anti-HLA (1 tube sec)
☐ Typage HLA classe I (1 tube ACD)
☐ Recherche d'anticorps anti-plaquettes (1 tube sec)
☐ Cross-match plaquettaire (1 tube sec)

☐ Contexte de thrombopénie néo-natale *(joindre un consentement éclairé- type) :* indiquer le lien mère-enfant et/ou père-enfant
☐ Nouveau-né : - Typage HPA (1 tube EDTA)
☐ Mère du N-né : - Typage HPA (2 tubes EDTA)
- Recherche d'anticorps anti-plaquettes et épreuve de cross-matchs avec les plaquettes paternelles (1 tube sec)
☐ Père du N-né : - Typage HPA (1 tube EDTA)
- Cross-matchs avec sérum maternel (1 tube EDTA)

Date et Heure du prélèvement : …../…../….. à …….H……. Nombre de tubes :……

Préleveur (Identité, qualité et Signature) :
……

Prescripteur (Identité et Signature) :
……..

1er feuillet destiné à l'EFS Aquitaine-Limousin. 2ème feuillet destiné au dossier Transfusionnel de l'Établissement de Santé.

Etablissement :

Service :

Code UF :

Tél. Service à joindre :

PRESCRIPTION D'EXAMENS IMMUNO-HÉMATOLOGIQUES

N° **I** : Destinée au LBM

L'Établissement Français du Sang Aquitaine-Limousin

PRELEVE POUR LE PATIENT OU ETIQUETTE PATIENT (Prélèvement de sang total)	**LIEN MERE – ENFANT (OU PERE – ENFANT)**	
	Si mère d'un nouveau-né de moins de 3 mois, notez l'identité du nouveau-né ci-dessous	Si le patient est un nouveau-né de moins de 3 mois, notez l'identité de la mère ci-dessous
Nom de famille (naissance) :		**Nom de famille (naissance) :**
Nom d'usage (marital) :		**Nom d'usage (marital) :**
Prénom :		**Prénom :**
Né(e) le : **Sexe : M F**		**Né(e) le :** **Sexe : M F**
N° de séjour et/ou permanent :		**N° de séjour et/ou permanent :**

Contexte clinique : ……

☐ Antécédent transfusionnel Si oui, date de la dernière transfusion : …../…../……

☐ Grossesse Nombre S.A. : ……

☐ Si injection d'immunoglobulines anti D : Date d'injection : …../…../…… Dose injectée : ……..

RAI dans les 7 jours précédant la 1ère injection d'Ig anti-D… Date : …../…../…… Résultat :……

☐ Contexte de thrombopénie néo-natale *:* numération plaquettaire J0 : …… J3 : …….. J5 : ……

IH

☐ **Groupe ABO RH1 + Phénotype Rh Kell** (**1** tube EDTA)
*(*1ère détermination **ou** 2e détermination)

☐ **RAI** (**1** tube EDTA)

☐ **Epreuve de compatibilité (EDC)** (**2** tubes EDTA)
(Joindre obligatoirement la prescription de PSL associée)

☐ **Phénotype Etendu** (**1** tube EDTA).
*(*1ère détermination **ou** 2e détermination)

☐ **Effet indésirable transfusionnel**
(**1** tube EDTA + **1** tube Sec)

☐ **Test direct de Coombs** (1 tube EDTA)

☐ **Recherche d'AC anti A&B immuns** (1 tube EDTA)

☐ **Titrage des AC** (1 tube EDTA)

☐ **Dosage pondéral d'AC** (1 tube EDTA)

☐ **Autre (à préciser)**

Prévention immunisation Rhésus (Obstétrique) : ☐ Détermination du Rhésus RH1 (D) chez le bébé
Origine du prélèvement **:** ☐ veineux ☐ cordon

Test de Kleihauer (Obstétrique) (1 tube EDTA)

☐ Traumatisme abdominal direct

☐ Prévention allo-immunisation anti-RH1 (anti-D)

☐ Interruption de grossesse du 2e ou 3e trimestre

☐ Autres : ……

☐ Placenta prævia hémorragique

☐ Retard de croissance intra-utérin non vasculaire

Immunologie plaquettaire (hors Limoges)

HLA

☐ Contexte transfusionnel ☐ Recherche et identification d'anticorps anti-HLA (1 tube sec)

☐ Typage HLA classe I (1 tube ACD)

☐ Recherche d'anticorps anti-plaquettes (1 tube sec)

☐ Cross-match plaquettaire (1 tube sec)

☐ Contexte de thrombopénie néo-natale *(joindre un consentement éclairé- type) :* indiquer le lien mère-enfant et/ou père-enfant

☐ Nouveau-né : - Typage HPA (1 tube EDTA)

☐ Mère du N-né : - Typage HPA (2 tubes EDTA)
- Recherche d'anticorps anti-plaquettes et épreuve de cross-matchs avec les plaquettes paternelles (1 tube sec)

☐ Père du N-né : - Typage HPA (1 tube EDTA)
- Cross-matchs avec sérum maternel (1 tube EDTA)

Date et Heure du prélèvement : …../…../….. à …….H……. | Nombre de tubes :……

Préleveur (Identité, qualité et Signature) :
……

Prescripteur (Identité et Signature) :
……..