



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8350
Télécopieur : 1 866 811-9465

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 1 866 811-9465

HQ-20-028

CIRCULAIRE

Nouvelle requête d'analyse RhD faible par génotypage (Type 1, 2 et 3)

Le 31 juillet 2020

**AU DIRECTEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU CHEF TECHNOLOGISTE/COORDONNATEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU RESPONSABLE DE LA BANQUE DE SANG**

Madame,
Monsieur,

Veillez noter qu'à compter du 3 août 2020, une nouvelle version de la requête ENR-02681[4] intitulée *Requête pour analyse du RhD faible type 1, 2 et 3 par génotypage* sera disponible.

Les modifications apportées sont les suivantes (référence en page 2) :

- L'ajout d'une information à compléter pour le suivi de grossesse
- L'ajout d'une information à compléter pour un résultat connu RhD dans un autre hôpital
- Le critère de résultat sérologique a été simplifié pour faciliter la gestion des échantillons à analyser :
 - Résultat sérologique $\leq 2+$ avec au moins une source d'anti-D

Ce critère a été approuvé par le Comité consultatif national de médecine transfusionnelle (CCNMT) le 16 juin 2020 et sera reflété dans la prochaine édition du document ministériel « *Recommandations pour la détermination du groupe sanguin RhD* » prévue pour l'automne 2020.

Nous vous invitons à consulter nos circulaires sur notre site Web à www.hema-quebec.qc.ca, dans la section intitulée *Professionnels de la santé/Produits sanguins/Circulaires d'information*.

Nous demeurons à votre disposition pour toute information additionnelle. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations cordiales.

Original signé par

Marie-Hélène Robert
Directrice au partenariat clinique avec les centres hospitaliers

c. c. M^{me} Marie-Claire Chevrier, directrice du registre et des laboratoires de cellules souches et de référence
D^{re} Nancy Robitaille, vice-présidente à la médecine transfusionnelle
M. Louis-Philippe Gagné, directeur service à la clientèle et planification



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8350
Télécopieur : 1 866 811-9465

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 1 866 811-9465

HQ-20-028

CIRCULAIRE



Laboratoire de référence et des cellules souches
Immunologie érythrocytaire

REQUÊTE POUR ANALYSE DU RhD FAIBLE TYPE 1, 2 ET 3 PAR GÉNOTYPAGE

LE PLUS TÔT POSSIBLE ROUTINE

CRITÈRES D'ANALYSE :

- Femmes âgées de 45 ans ou moins;
- Résultat sérologique $\leq 2+$ avec au moins une source d'anti-D.

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT

<p>Cas étudié à Héma-Québec Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/></p> <p>N° individu : _____</p> <p>Origine ethnique :</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Inconnu</p>	<p>Impression de la carte d'assurance maladie ou d'hôpital</p> <p>1. Prénom, nom* :</p> <p>2. Date de naissance et/ou Numéro d'assurance maladie* :</p> <p>3. # dossier de l'hôpital (si disponible) :</p> <p>*INFORMATIONS MINIMALES REQUISES</p>
<p>Centre Hospitalier : _____ Personne contact : _____</p> <p>Médecin traitant : _____</p>	

Date et heure de prélèvement : _____ / _____ / _____ _____ / _____
 Jour Mois Année Heure Minute Date d'envoi : _____ / _____ / _____
 Jour Mois Année

<p>Envoi des échantillons réfrigérés non décantés Patient: <input type="checkbox"/> Tubes EDTA : nombre de tubes : _____</p>	
<p>Histoire transfusionnelle</p> <p>Transfusions au cours des 3 derniers mois : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Nombre: _____</p> <p>Greffe de cellules souches hématopoïétiques ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date : _____ / _____ / _____ % de prise de greffe: _____</p> <p>Suivi de grossesse? <input type="checkbox"/> Oui, date d'accouchement prévue : _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Inconnu</p>	
<p>Résultats de l'hôpital</p> <p>ABO : _____</p> <p>Anti-D 1^{ère} source : Compagnie : _____ Technique utilisée : _____ Résultat : _____</p> <p>Anti-D 2^e source : Compagnie : _____ Technique utilisée : _____ Résultat : _____</p> <p>Anti-D 3^e source : Compagnie : _____ Technique utilisée : _____ Résultat : _____</p> <p>Résultat RhD connu dans un autre hôpital? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, RhD : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif</p> <p>Commentaires : _____</p>	
<p>APPOSER L'ÉTIQUETTE</p> <p>Échantillon d'analyse IND-00057</p> <p>Paraphe/date de réception : _____</p>	<p>Mise en solution RNA Later <input type="checkbox"/> S/O</p> <p>Paraphe/date : _____</p>

RÉSERVÉ À L'USAGE D'HÉMA-QUÉBEC

TERMES ET CONDITIONS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE