

Section 1 : Réservee au demandeur				
Section 1 (demandeur) complété Par : _____ Date (jj/mm/aaaa) : ____/____/____				
Raison de la demande : <input type="checkbox"/> Cellules Souches Hématopoïétiques <input type="checkbox"/> Banque de donneurs <input type="checkbox"/> Auto Transfusion <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/> Donneur d'organes Pré mortem ou vivant <input type="checkbox"/> Tissus Humains Pré mortem ou vivant		Carte Assurance-maladie ou identification du donneur si nécessaire. ou commentaire		
Établissement : _____		Étiquette Client HQ :		
Personne contact : _____				
Numéro de Tél. : _____				
En cas de résultat positif au test de dépistage de marqueurs virologiques, faire la confirmation en urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Date/heure de prélèvement : jj/mm/aaaa HH : MM (format 24h) ____/____/____ : ____:____		Type d'échantillon accepté	<input type="checkbox"/> Sérum : Tube prélevé sans anticoagulant, sans gel et sans additif <input type="checkbox"/> Plasma : Tube prélevé avec EDTA <input type="checkbox"/> Format de tube : Fond rond Tube 13mm X 100mm ou 13mm X 75mm ou 16mm x 100mm	
Date d'envoi : jj/mm/aaaa: ____/____/____				
Échantillon Requis	Note : Lorsque plusieurs profils sont demandés, un MAXIMUM de 4 échantillons est requis : (2 tubes de plasma et 2 tubes de sérum)			
	Profil 1	Profil 2	Profil 3	
	1 tube de plasma et 1 tube de sérum	1 tube de plasma et 1 tube de sérum	1 tube de plasma et 1 tube de sérum	
Analyses demandées	<input type="checkbox"/> Anti-HTLV I/II <input type="checkbox"/> Anti-VHC <input type="checkbox"/> Anti-HBc <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Chagas <input type="checkbox"/> AgHBs (recherche Ac)	<input type="checkbox"/> VNO (Test d'acide nucléique) <input type="checkbox"/> VIH/VHC/VHB (Test d'acide nucléique) Note: les 3 virus sont testés simultanément	<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-érythrocytaire <input type="checkbox"/> Anti-CMV <input type="checkbox"/> ABO/Rh	
Conditions d'analyses				
<ul style="list-style-type: none"> Les échantillons doivent être correctement identifiés Ne pas congeler les échantillons Ne pas décanter les échantillons Ne pas utiliser de tube fileté à l'intérieur 		<ul style="list-style-type: none"> Ne pas mettre de ruban adhésif autour des bouchons et des tubes Les échantillons ayant des valeurs d'hémolyse ≥ 400mg/dL, de bilirubine ≥ 20mg/dL et/ou de lipide ≥ 800mg/dL ne pourront être analysés. 		
Conditions d'envoi		Adresse du colis		
<ul style="list-style-type: none"> Les échantillons pour le TAN VIH/VHC/VHB et TAN VNO doivent être reçu à HQ dans les 72 heures suivant le prélèvement pour permettre l'analyse. Envoyer les échantillons à froid en conformité avec les normes de transport des produits biologiques. 		A/S Laboratoire analyses réglementaires Héma-Québec 4300 rue Garand Ville Saint-Laurent, Québec H4R 2A3		
Section 2 : Réservee à Héma-Québec (Section à compléter seulement si les échantillons sont prélevés hors-Héma-Québec)				
Reçu par /date: _____		Centrifugation (TAN) Par : _____ Date/Heure : _____		
Condition de transport (CT) : <input type="checkbox"/> Température ambiante (CTNR) <input type="checkbox"/> Sac réfrigérant/glacé (CTR)		<input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Non conforme (CHD)		
		Quantité des échantillons : <input type="checkbox"/> Conforme <input type="checkbox"/> Quantité insuffisante (QNS) Analyse à saisir NT : _____		
Vérfié Par/date : _____		Effectué Par/date : _____		

Section 3 S/O

Section 3 : Réservee à Héma-Québec pour la confirmation (au besoin)			
Marqueur positif (analyse effectuée pour le test de confirmation)	Numéro du LSPQ221	Résultat de confirmation (ou identification virale)	Centre demandeur avisé paraphe/date
<input type="checkbox"/> Anti-HTLV I/II			
<input type="checkbox"/> Anti-VHC			
<input type="checkbox"/> VIH (Anti-VIH)			
<input type="checkbox"/> Anti-HBc (Anti-HBs)			
<input type="checkbox"/> VNO Sérique			
<input type="checkbox"/> Syphilis			
<input type="checkbox"/> Chagas	S/O		
<input type="checkbox"/> Autre : _____			

TERMES ET CONDITIONS

Les termes et conditions énoncés ci-dessous s'appliquent aux services d'analyses réglementaires tels que l'identification des groupes ABO/Rh, le dépistage des anticorps anti-érythrocytaires et la recherche des marqueurs virologiques (ci-après les « Analyses ») faits par le laboratoire de la qualification des produits d'Héma-Québec pour un établissement ou une entreprise (ci-après le « client »). Ces termes et conditions ont préséance et remplacent les termes et conditions de tout bon de commande émis par le client.

1. **Facturation et paiement**

Héma-Québec émet au Client une facture qui identifie, entre autres, la nature et la date des Analyses effectuées ainsi que le tarif de celles-ci. Au tarif stipulé s'ajoutent les taxes applicables. Le paiement doit être effectué par le Client dans les (30) jours suivant la date de réception de la facture. Un frais d'intérêt de 1.5% par mois (18% par an) sera exigible sur le solde de toute facture en souffrance.

2. **Conditions d'exécution des services**

Les services d'Analyses sont offerts uniquement pour tester, à des fins de qualification, des échantillons provenant de donneurs de sang, d'organes ou de cellules souche hématopoïétiques. **Aucune analyse ne peut être effectuée ou utilisée à des fins diagnostiques.**

Héma-Québec agira avec prudence et diligence dans l'exécution des Analyses.

Héma-Québec ne peut s'engager à fournir les résultats dans un délai précis. Héma-Québec déploiera les efforts raisonnables pour transmettre les résultats d'Analyses dès que possible mais ne pourra être tenue responsable de quelque dommage que ce soit, résultant d'un retard à fournir les résultats d'Analyses.

De plus, Héma-Québec n'assumera aucune responsabilité quant aux actions que vous entreprendrez suite à l'obtention des résultats.

3. **Confidentialité**

Tous les renseignements confidentiels échangés dans le cadre des présentes doivent être traités de manière confidentielle par les parties.

Vérifier Par/Date : _____