



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

REQUÊTE D'ANALYSES POUR SÉROLOGIE ET GÉNOTYPAGE PLAQUETTAIRE

ROUTINE AUSSITÔT QUE POSSIBLE URGENT

INFORMATIONS RELATIVES À LA MÈRE OU AU PATIENT

Sexe : Féminin Masculin Groupe ABO : _____

Origine ethnique : Caucasienne Noire Asiatique Hispanique
 Premières Nations Autre/Pays : _____

Prélèvement (Nature/nombre) :

Sérum : _____ EDTA : _____ Frottis : _____ ADN : _____

Date (jj-mm-aaaa) : _____ Heure : _____

CAS DÉJÀ ÉTUDIÉ À HÉMA-QUÉBEC :

Non Oui N° de référence: _____

Imprimer Carte d'assurance-maladie ou indiquer l'identification du patient (NOM ET PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE et # DOSSIER DE L'HÔPITAL)

INFORMATIONS
de la MÈRE
ou du PATIENT

Réservé à Héma-Québec
Individu EdgeLab :

IND-00057

Centre Hospitalier : _____ Médecin traitant : _____ # Permis : _____

GROSSESSE À RISQUE ÉLEVÉ (GARE) : Semaines de grossesse : _____
Raison de l'envoi : _____

THROMBOPÉNIE NÉONATALE (TNN) : Date d'accouchement (jj-mm-aaaa) : _____

Décompte de plaquettes du bébé à la naissance : _____ x 10⁹/L Évolution : _____

ÉTAT DE SANTÉ DU BÉBÉ : Pétéchies Ecchymoses Autres héorragies : _____

Convulsions Hépatosplénomégalie Hypothermie Infection Autre : _____

INDICATION DE LA DEMANDE

THROMBOPÉNIE D'AUTRE NATURE :

Réaction Transfusionnelle (RT) TRALI Purpura post transfusionnel (PPT)

Thrombopénie pendant la grossesse (TPG) Semaines de grossesse : _____

État réfractaire aux transfusions plaquettaires (DM) (Recherche d'anticorps anti-HLA classe I et anti-HPA pour support transfusionnel et typage HLA et/ou HPA si anticorps présents)

• Typage HLA-A et -B connu au centre hospitalier : _____

Thrombopénie inexplicquée ou autre : _____

HISTOIRE OBSTÉTRICALE (MÈRE) ET/OU TRANSFUSIONNELLE (PATIENT)

Grossesse antérieure: Non Oui Inconnu Nombre: _____

(Inclus : accouchements/ fausses couches/ avortements)

Le patient a-t-il reçu une transfusion de plaquettes?

Non Oui Date : _____

(Au besoin joindre le bilan transfusionnel)

Fournir liste des produits et médicaments pris par la mère/patient, s'il y a lieu : (**NB** : De nombreux médicaments peuvent interférer avec les tests. Ex : IVIg, Rituximab, Anti-thymocyte globulin, WinRho, Daratumumab, Biotine ou autres produits à base d'anticorps ou contenant de la biotine) Liste : _____

TNN/GARE : Informations relatives au : PÈRE BÉBÉ (donner la raison avant de prélever)

Réservé à Héma-Québec

NOM: _____ PRÉNOM: _____

Date de naissance (jj-mm-aaaa): _____ Groupe ABO: _____

Origine ethnique : Hispanique Caucasien Noir Asiatique Premières Nations

Autre/Pays : _____

IND-00057

Prélèvement (Nature et nombre) : sérum : _____ EDTA : _____ Non disponible

Date (jj-mm-aaaa) : _____ Heure : _____

GARE : Envoi des échantillons d'amniocentèse/cellules en culture/ADN

Prélèvement (Nature et nombre) : Liquide amniotique : _____ Cellules : _____ ADN : _____

Date (jj-mm-aaaa) : _____ Heure : _____

IND-00057

Personne contact : _____ Téléphone : _____ Date de l'envoi (jj-mm-aaaa) : _____

TERMES ET CONDITIONS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE

ÉCHANTILLONS REQUIS :	<input type="checkbox"/> Vérfié au Centre Hospitalier
<p><u>Pour TNN et GARE :</u> Mère : 1 tube de 10mL de sang coagulé (rouge) ou 5 mL de sérum décanté. 5 tubes de 5 mL (25 mL) EDTA (mauve) non réfrigérés Père : 6 tubes de 5 mL (30 mL) EDTA (mauve) non réfrigérés Bébé ou fœtus : non requis sauf si avis spécial Amniocentèse : 20 mL de liquide amniotique</p> <p><u>Pour THROMBOPÉNIE D'AUTRE NATURE</u></p> <p><u>Pour typage HLA et/ou HPA</u> 1 tube de 10mL de sang coagulé (rouge) ou 5mL de sérum décanté Si décompte de cellules nucléées $\geq 2 \times 10^9/L$: 3 tubes de 5mL (15mL) EDTA (mauve), non réfrigérés. Si décompte de cellules nucléées $< 2 \times 10^9/L$: minimum de 7 tubes de 5mL (35mL) EDTA (mauve), non réfrigérés. Si décompte de cellules nucléées $< 1 \times 10^9/L$: Utiliser une trousse de prélèvement de frottis buccaux d'Héma-Québec.</p> <p><u>Recherche d'auto anticorps (PTI):</u> 1 tube de 10mL de sang coagulé (rouge) ou 5mL de sérum décanté Si plaquettes $< 20 \times 10^9/L$: minimum de 35mL de sang prélevé dans des tubes EDTA de 5mL ou moins Si plaquettes $\geq 20 \times 10^9/L$: 15mL de sang prélevé dans des tubes EDTA de 5mL ou moins</p>	<p>Les échantillons doivent être identifiés avec les informations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> Nom et numéro d'identification unique du patient, date de naissance ou numéro d'assurance-maladie. Date et heure de prélèvement Initiales de la personne qui a fait le prélèvement <p>NOTE 1 : Les échantillons inadéquatement identifiés ne seront pas analysés. NOTE 2 : Les tubes avec gel séparateur et les sérums provenant de tubes avec gel séparateur ne sont pas acceptés. NOTE 3 : Les échantillons EDTA requièrent un traitement dans les 24 heures après le prélèvement, à défaut de quoi l'analyse risque d'être incomplète et nécessitera un nouveau prélèvement. NOTE 4 : Les échantillons de sérum requièrent un traitement dans les 48 heures après le prélèvement, à défaut de quoi les résultats de l'analyse seront sous réserve.</p>

PROCÉDURE POUR L'ENVOI DES ÉCHANTILLONS :	<input type="checkbox"/> Vérfié au Centre Hospitalier
<ul style="list-style-type: none"> - Si nécessaire, jusqu'à l'envoi, conserver les tubes à température de la pièce. - Veuillez emballer les tubes de façon à assurer la sécurité de l'ensemble des intervenants et l'intégrité des échantillons. - Les échantillons doivent être expédiés à la température de la pièce. <p>Pour les TNN, aviser le laboratoire d'immunologie plaquettaire au poste 6300</p> <p>Pour les envois provenant de l'extérieur de la région de Montréal, communiquer au laboratoire le numéro de connaissance et les modalités/horaires de l'expédition au numéro suivant : (514) 832-5000 ou 1-888-666-HEMA (4362) poste 6300</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le transport par TAXI est aux frais de l'hôpital. - Pour les cas extrêmement urgents, nous suggérons fortement l'envoi des échantillons par taxi. - Acheminer la requête complétée avec les prélèvements par l'intermédiaire de votre banque de sang. - Utiliser une requête par étude de cas. 	

Adresser le colis de façon à ce que l'adresse soit mise en évidence et joindre le ENR-00522 (LSC-ENR-030) Envoi des centres hospitaliers à Héma-Québec

Laboratoire de Référence (LR) - Immunologie plaquettaire
4300, rue Garand
Saint-Laurent (Québec) H4R 2A3
Téléphone : (514) 832-5000 poste 6300
Télécopieur : (514) 832-0271
Sans frais 1-888-666-HEMA (4362)
Heures d'ouverture : Lundi au vendredi de 7h à 23h

TERMES ET CONDITIONS :	<input type="checkbox"/> Vérfié au Centre Hospitalier
<p>Les termes et conditions énoncés ci-dessous s'appliquent aux typages HPA et HLA et identification d'anticorps (ci-après les « Analyses ») faits par le laboratoire d'immunologie leucoplaquettaire d'Héma-Québec pour les établissements (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.</p>	
<p>1. Facturation et paiement</p> <p>Lorsqu'applicable, Héma-Québec émet au Client une facture qui identifie, entre autres, la nature et la date de l'Analyse effectuée ainsi que le tarif de celle-ci. Au tarif stipulé s'ajoutent les taxes applicables. Le paiement doit être effectué par le Client dans les trente (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.</p>	
<p>2. Conditions d'exécution des services</p> <p>Héma-Québec agira avec prudence et diligence dans l'exécution des analyses.</p> <p>Compte tenu que les délais peuvent varier selon la nature, la complexité et l'urgence des Analyses à effectuer, 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'Analyse dès que possible mais ne pourra être tenue responsable de quelque dommage que ce soit, résultant d'un retard à fournir les résultats d'Analyse.</p> <p>De plus, Héma-Québec n'assumera aucune responsabilité quant aux actions que vous entreprendrez suite à l'obtention des résultats.</p>	
<p>3. Confidentialité</p> <p>Tous les renseignements confidentiels échangés dans le cadre des présentes doivent être traités de manière confidentielle par les parties.</p>	