

- URGENT /MENACE POUR LA VIE DU PATIENT (VOIR LA PROCÉDURE POUR L'ENVOI DES ÉCHANTILLONS)**
- LE PLUS TÔT POSSIBLE** **En attente de transfusion** **ROUTINE**

<p>INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT</p> <p>Diagnostic : _____</p> <p>Hb (g/L): _____ Hémorragie active : _____</p> <p>Médicament (si pertinent) : _____</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> <p>Origine ethnique :</p> <p><input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Hispanique</p> <p>Autre : _____</p> <p>Numéro d'individu HQ : _____</p>	<p>Imprimer Carte d'assurance-maladie ou indiquer l'identification du patient (NOM ET PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE OU # DOSSIER DE L'HÔPITAL)</p>
---	---

Centre Hospitalier : _____ **Personne contact:** _____

Prélèvements Date et heure de prélèvement : ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ Date d'envoi : ____ / ____ / ____

Jour
Mois
Année
Heure
Minute
Jour
Mois
Année

RAISON DE LA DEMANDE

IDENTIFICATION D'ANTICORPS (355) GÉNOTYPAGE (Doit être accompagné d'une étude sérologique)

PRÉNATAL (350) DATE D'ACCOUCHEMENT PRÉVUE : ____ / ____ / ____

POSTNATAL (355) DATE D'ACCOUCHEMENT: ____ / ____ / ____

CONJOINT PRÉNATAL (351) OU BÉBÉ (352)

ÉTUDE FAMILIALE EN LIEN AVEC : _____ DOSSIER HQ : _____

RÉACTION TRANSFUSIONNELLE ** (353 / 354)

**** Veuillez envoyer et identifier les prélèvements pré et post transfusionnels ainsi que les segments des unités transfusées, si disponible**

Commentaires : _____

HISTOIRE TRANSFUSIONNELLE (FOURNIR LE SOMMAIRE TRANSFUSIONNEL SI POSSIBLE)

Transfusions? Non Oui, Nombre: _____ Date(s) (JJ/MM/AAAA) : _____

Réaction transfusionnelle? Non Oui, Type : _____

Grossesses antérieures? Non Oui, Nombre : _____

IgIV?: Non Oui, Date(s) : _____ Immunoglobuline RhD? Non Oui, Date(s) : _____

Greffe de cellules souches hématopoïétiques ? Non Oui, Date(s) : _____

RÉSULTATS DE L'HÔPITAL

TDA : Poly _____ IgG _____ C3 _____ Contrôle salin _____ Autocontrôle : Négatif Positif

ABO/Rh _____ Anticorps connus: _____

Milieu utilisé: Gel LISS IgG Gel Enzyme (papaïne ou ficine) PEG Autre : _____

Compatibilité : Nbre d'unités compatibles : _____ Milieu : _____ Nbre d'unités incompatibles : _____ Milieu : _____

TERMES ET CONDITIONS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE

<p>APPOSER L'ÉTIQUETTE</p> <p>Échantillon d'analyse IND-00057</p>	<p>TEMPÉRATURE DE TRANSPORT</p> <p><input type="checkbox"/> Réfrigéré <input type="checkbox"/> Congelé <input type="checkbox"/> Température ambiante</p>	<p>APPOSER L'ÉTIQUETTE</p> <p>Mise en solution de conservation IND-00185</p>	<p>PROGESA</p> <p><input type="checkbox"/> CONNU Donneur: _____ <input type="checkbox"/> NON CONNU</p>
<p>RÉSERVÉ À L'USAGE D'HÉMA-QUÉBEC</p>			

ÉCHANTILLONS REQUIS (VOLUME RECOMMANDÉ)			
Nature du Cas	Tubes sans anticoagulant	Tubes EDTA	Les échantillons doivent être identifiés avec les informations suivantes: 1. Nom et numéro d'identification unique du patient, date de naissance ou numéro d'assurance-maladie 2. Date et heure de prélèvement 3. Initiales de la personne qui a fait le prélèvement ou décanté le tube 4. Nature de l'échantillon décanté : sérum Note 1 : Les échantillons inadéquatement identifiés ne seront pas analysés Note 2 : Noter que les tubes avec GEL SÉPARATEUR ne sont pas acceptés Note 3 : Pour les spécimens de plus de 48 heures prélevés dans des tubes sans anticoagulant, veuillez séparer le sérum des globules rouges et expédier le sérum congelé
Non transfusé et/ou test direct antiglobuline (TDA) NÉGATIF	2 tubes de 7mL ou 6mL sérum décanté	2 tubes de 7mL NON décanté demande de génotypage 1 tube non ouvert supplémentaire	
Test direct antiglobuline (TDA) POSITIF	Transfusé au cours des 3 derniers mois		
	4 tubes de 7mL ou 10mL sérum décanté	3 tubes de 7mL NON décanté	
	NON Transfusé au cours des 3 derniers mois		
	3 tubes de 7mL ou 8mL sérum décanté	4 tubes de 7mL NON décanté	

PROCÉDURE POUR L'ENVOI DES ÉCHANTILLONS :

- Veuillez emballer les tubes de façon à assurer la sécurité de l'ensemble des intervenants et l'intégrité des échantillons
- Au besoin, jusqu'à l'envoi, conserver les tubes à la température à laquelle ils seront envoyés.
- Les échantillons doivent être expédiés réfrigérés ou congelés (voir Note 3) à l'aide de sacs réfrigérants (ice-pack)

POUR LES URGENCES VITALES (MENACE POUR LA VIE DU PATIENT) :

- Il est **impératif** d'annoncer l'urgence au laboratoire par téléphone. Cette demande sera acheminée au médecin de garde.
- **Acheminer** la requête complétée avec les prélèvements et les feuilles de travail par **taxi (transport direct)**

Durant les heures d'ouverture du laboratoire, pour les cas de « Routine » et « Le plus tôt possible » :

- **Acheminer** la requête complétée avec les prélèvements et les feuilles de travail par l'intermédiaire de votre banque de sang

Adresser le colis de façon à ce que l'adresse soit mise en évidence et joindre le ENR-00522
Laboratoire de Référence et des Cellules Souches (LRCS) - Immunologie érythrocytaire - Québec
Adresses et numéros de téléphone :

Montréal

Téléphone: 514 832-5000 poste: 6119
 Télécopieur: 514 904-8554
 Heures d'ouverture: Lundi au Vendredi 7h-23h

Québec

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
 Québec (Québec)
 G1V 5C3
 Téléphone: 418 780-4362 poste: 3221
 Télécopieur: 418 780-2088
 Heures d'ouverture: Lundi au vendredi 8h-24h

TERMES ET CONDITIONS

Les termes et conditions énoncés ci-dessous s'appliquent aux services d'études sérologiques (ci-après les « Analyses ») faits par le laboratoire d'immunologie érythrocytaire 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.

1. Facturation et paiement

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.

2. Conditions d'exécution des services

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

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.

De plus, Héma-Québec n'assurera 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.