

REQUÊTE POUR GÉNOTYPAGE ÉRYTHROCYTAIRE PAR BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

URGENT (MENACE POUR LA VIE DU PATIENT)
 LE PLUS TÔT POSSIBLE
 ROUTINE

INFORMATIONS RELATIVES AU PATIENT OU MÈRE

Diagnostic : _____ Cas étudié à Héma-Québec Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° individu : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Caucásien <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Hispanique Autre : _____	Imprimer Carte d'Assurance-maladie ou indiquer l'identification du patient ou mère
À COMPLÉTER EN CAS DE GROSSESSE À RISQUE ÉLEVÉ (G.A.R.E.) Nom du père : _____ Date de naissance : ____/____/____ Jour Mois Année Origine ethnique du père : <input type="checkbox"/> Caucásien <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Hispanique Autre : _____	*INFORMATIONS MINIMALES REQUISES : 1.NOM ET PRÉNOM 2.DATE DE NAISSANCE ou NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE 3.# DOSSIER DE L'HÔPITAL
Centre Hospitalier : _____ Médecin traitant : _____	Personne contact : _____

RAISON DE LA DEMANDE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PATIENT TRANSFUSÉ AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS
<input type="checkbox"/> PATIENT POLYTRANSFUSÉ | <input type="checkbox"/> TEST DIRECT À L'ANTIGLOBULINE POSITIF (TDA)
<input type="checkbox"/> CAS DE GROSSESSE À RISQUE ÉLEVÉ (G.A.R.E.) |
|---|---|

Date et heure de prélèvement : ____/____/____ ____/____
(PATIENT ou MÈRE) Jour Mois Année Heure Minute

Date d'envoi : ____/____/____
 Jour Mois Année

Date et heure de prélèvement : ____/____/____ ____/____
(PÈRE BIOLOGIQUE) Jour Mois Année Heure Minute

Date et heure de prélèvement : ____/____/____ ____/____
(FŒTUS) Jour Mois Année Heure Minute

Envoi des échantillons réfrigérés non décantés

Patient ou mère : Tubes EDTA : nombre de tubes : ____
Père : Tubes EDTA : nombre de tubes : ____
Foetus : Tubes *LIQ AMN : nombre de tubes : ____

Histoire transfusionnelle

Transfusions **au cours des** 3 derniers mois (patient ou mère)? Non Oui, Nombre: _____
 Date d'accouchement : _____ Phénotype : _____
 Anticorps identifié : _____ Titre : _____ Anticorps identifié : _____ Titre : _____ Anticorps identifié : _____ Titre : _____
 Greffe de cellules souches hématopoïétiques (patient ou mère)? Non Oui, date : _____

À COMPLÉTER EN CAS DE GROSSESSE À RISQUE ÉLEVÉ (G.A.R.E.)

Greffe de cellules souches hématopoïétiques (père) ? Non Oui, date : _____
 Phénotype du père : _____
 Grossesse à la suite d'une insémination autre que le conjoint? Non Oui

Analyses(s) Rh : D (RH*1) C/c (RH*2 RH*4) E/e (RH*3 RH*5) **Kell :** K, k (KEL*1 KEL*2) **MNS :** S, s (MNS*3 MNS*4)
demandée(s) Duffy : Fy^a, Fy^b (FY*1 FY*2) Fy(a-b-) GATA mutée **Kidd :** Jk^a, Jk^b (JK*1 JK*2) ****** M, N (MNS*1 MNS*2)
**** Dombrock :** Do^a, Do^b (DO*1 DO*2) **** Consulter le gestionnaire du LRCS**

Réservé à HQ :

Patient ou Mère	Père	Foetus
IND-00057	IND-00057	IND-00057

NOTE: L'étude en génotypage doit être accompagnée d'une étude sérologique (sauf dans les cas de liquide amniotique).
TERMES ET CONDITIONS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE

REQUÊTE POUR GÉNOTYPAGE ÉRYTHROCYTAIRE PAR BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Tubes EDTA (Patient ou mère/père)	*Liquide amniotique (LIQ AMN)	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. Note 1 : Les échantillons inadéquatement identifiés ne seront pas analysés Note 2 : Ne jamais prélever de tube en héparine, car cet anticoagulant affecte l'analyse.
15mL de sang prélevé dans des tubes de 5mL ou moins NON décanté	2 tubes 10mL	

Procédure pour l'envoi des échantillons :

- Au besoin, jusqu'à l'envoi, conserver les tubes à 2-8°C.
- 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 réfrigérés à l'aide de sacs réfrigérants (ice-pack)

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

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

Pour les urgences vitales :

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

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 - Montréal

Adresses et numéros de téléphone :

Montréal

4300, rue Garand
Saint-Laurent (Québec)
H4R 2A3
Téléphone: 514 832-5000 poste : 6300
Télécopieur: 514 904-8554
Heures d'ouverture : de 7h à 23h, du lundi au vendredi

Québec

Téléphone: 418 780-4362 poste : 3221
Télécopieur: 418 780-2088
Heures d'ouverture : de 8h à 24h, du lundi au vendredi

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'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.