

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

Centre Hospitalier : \_\_\_\_\_    Personne contact : \_\_\_\_\_

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

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

**Envoi des échantillons réfrigérés non décantés** Patiente:  Tubes EDTA : nombre de tubes : \_\_\_\_

**Histoire transfusionnelle**

Transfusions au cours des 3 derniers mois :     Non     Oui, Nombre: \_\_\_\_\_

Greffe de cellules souches hématopoïétiques ?     Non     Oui, date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    % de prise de greffe: \_\_\_\_\_

Suivi de grossesse?     Oui, date d'accouchement prévue : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_     Inconnu

**Résultats de l'hôpital**

ABO : \_\_\_\_\_

Anti-D 1<sup>ère</sup> source :    Compagnie : \_\_\_\_\_    Technique utilisée : \_\_\_\_\_    Résultat : \_\_\_\_\_

Anti-D 2<sup>e</sup> source :    Compagnie : \_\_\_\_\_    Technique utilisée: \_\_\_\_\_    Résultat : \_\_\_\_\_

Anti-D 3<sup>e</sup> source :    Compagnie : \_\_\_\_\_    Technique utilisée : \_\_\_\_\_    Résultat : \_\_\_\_\_

Résultat RhD connu dans un autre hôpital?     Non     Oui, RhD :  Positif  Négatif

**Commentaires :**

\_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <p><b>APPOSER L'ÉTIQUETTE</b></p> <p><b>Échantillon d'analyse</b><br/><b>IND-00057</b></p> <p><b>Paraphe/date de réception :</b> _____</p> | <p><b>Mise en solution RNALater</b>    <input type="checkbox"/> S/O</p> <p><b>Paraphe/date :</b> _____</p> |
|--|--|

**RÉSERVÉ À L'USAGE D'HÉMA-QUÉBEC**

**TERMES ET CONDITIONS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE**

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

|   |  |
|---|--|
| <b> Tubes<br/>EDTA</b>                      | <p><b>Les échantillons doivent être identifiés avec les informations suivantes :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nom et numéro d'identification unique du patient, date de naissance ou numéro d'assurance-maladie</li> <li>Date et heure de prélèvement</li> <li>Initiales de la personne qui a fait le prélèvement.</li> </ol> <p><b>Note 1 : Les échantillons inadéquatement identifiés ne seront pas analysés</b></p> <p><b>Note 2 : Les échantillons ne répondant pas aux critères d'analyse (cités en en-tête) ne seront pas testés</b></p> <p><b>Note 3 : Ne jamais prélever de tube en héparine, car cet anticoagulant affecte l'analyse.</b></p> <p><b>Note 4 : Les tubes non ouverts ou ceux utilisés pour le groupe ABO sont acceptés.</b></p> |
| Minimum de 2mL de sang total<br>NON décanté |  |

### Procédure pour l'envoi des échantillons :

- Au besoin, jusqu'à l'envoi, conserver les tubes à 2-8°C pour un maximum de 15 jours.
- 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.

**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.