



Nom, prénom, date de naissance, adresse complète du patient ou adrémât avec PID/FID

Diagnostic indispensable	
Hospitalisé <input type="checkbox"/>	Groupe sanguin urgent (pour injection immunoglobulines anti-D) <input type="checkbox"/>
Ambulatoire <input type="checkbox"/>	
Nom du médecin prescripteur	
Date de la prise de sang	
Nom et prénom de la personne ayant effectué la prise de sang	
Pour demandes provenant hors de l'HCF : Etablissement et Service	
Tél/ Mail	

**Généralités concernant le prélèvement et conseil au prescripteur**

Le nom, prénom, date de naissance doivent être inscrits sur les tubes. Les analyses ne seront pas effectuées sur des échantillons non ou incorrectement identifiés. Pour toute question portant sur le choix des examens, l'utilisation des prestations, des indicateurs et limitations cliniques, ainsi que de la fréquence recommandées pour les analyses, en référer au Dr E. Levrat.

**Hémorragie avec menace vitale → appeler sans délai le labo transfusionnel au 62890**

**Prescription médicale -> Commande de produits sanguins**

<b>Anamnèse transfusionnelle</b>	La patiente est-elle enceinte ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> semaine grossesse :
	Prophylaxie anti-D ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> date d'injection :
	Anti-CD38 (Daratumumab / Isatuximab) ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> dès le :
	Patient greffé de moelle ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> date greffe :
	Besoin de CE irradié ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI -> cause :

Standard ds la journée	urgence ds l'heure	Type de produit sanguin	Nombre	La commande doit être prête
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré érythrocytaire		Pour le service
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré érythrocytaire irradié **		Date
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plasma frais congelé		Heure
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentré plaquettaire		

**Sceau et signature du médecin prescripteur obligatoire**

**\*\* Indication : Hodgkin. Traitement par analogues des purines (Fludarabine, Cladribine, Clofarabine, Nelarabine, Bendamustine...), sérum anti-lymphocytaire (ATG), Alemtuzumab. Après allo-greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH). 10 jours avant récolte CSH autologues, 6 mois après auto-greffe de CSH. Immunodéficience T congénitale. Nouveauté (jusqu'à 6 mois de vie). CAR-T cells (10 jours avant récolte + après chimio de lymphodéplétion)**

**Attention :** pour HCF les produits sanguins commandés seront délivrés par T-FR l'un après l'autre, sauf avis contraire du prescripteur (dans ce cas, merci de contacter le labo de T-FR au 62890).

**Commande de sang et Demande d'analyses d'immuno-hématologie**

**Joindre à cette demande 10 ml de sang natif sans gélose et 3 ml de sang sur EDTA**

<input type="checkbox"/> <b>Groupe sanguin</b>	<input type="checkbox"/> <b>Recherche d'anticorps irréguliers</b>																						
<table border="1"> <tr><td>Contrôle ABO/D</td><td>1012.00</td></tr> <tr><td>Groupe sanguin ABO et Rh (y compris D faible)</td><td>1013.00</td></tr> <tr><td>Détermination des ag érythro A1/A2/A1B/A2B</td><td>1290.00</td></tr> <tr><td>Phénotype Rhésus et Kell</td><td>1653.00</td></tr> </table>	Contrôle ABO/D	1012.00	Groupe sanguin ABO et Rh (y compris D faible)	1013.00	Détermination des ag érythro A1/A2/A1B/A2B	1290.00	Phénotype Rhésus et Kell	1653.00	<table border="1"> <tr><td>Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires</td><td>1288.00</td></tr> <tr><td>Identification d'anticorps anti-érythrocytaires</td><td>1286.00</td></tr> <tr><td>Identification ac érythrocytaires par susp suppl</td><td>1287.00</td></tr> <tr><td>Identification ac érythrocytaires, à partir de 3 Ac</td><td>1285.00</td></tr> <tr><td>Recherche et identif d'ac fixés par élution</td><td>1293.00</td></tr> <tr><td>Titration d'ac anti-érythrocytaire (par anticorps)</td><td>1289.00</td></tr> <tr><td>Auto adsorption #</td><td>1295.00</td></tr> </table>	Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires	1288.00	Identification d'anticorps anti-érythrocytaires	1286.00	Identification ac érythrocytaires par susp suppl	1287.00	Identification ac érythrocytaires, à partir de 3 Ac	1285.00	Recherche et identif d'ac fixés par élution	1293.00	Titration d'ac anti-érythrocytaire (par anticorps)	1289.00	Auto adsorption #	1295.00
Contrôle ABO/D	1012.00																						
Groupe sanguin ABO et Rh (y compris D faible)	1013.00																						
Détermination des ag érythro A1/A2/A1B/A2B	1290.00																						
Phénotype Rhésus et Kell	1653.00																						
Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires	1288.00																						
Identification d'anticorps anti-érythrocytaires	1286.00																						
Identification ac érythrocytaires par susp suppl	1287.00																						
Identification ac érythrocytaires, à partir de 3 Ac	1285.00																						
Recherche et identif d'ac fixés par élution	1293.00																						
Titration d'ac anti-érythrocytaire (par anticorps)	1289.00																						
Auto adsorption #	1295.00																						
<input type="checkbox"/> <b>Phéno étendu</b> (k MNS Jka/b Fya/b Lua Kpa)	1292.00																						
<input type="checkbox"/> <b>Sang de cordon</b> : groupe sanguin et Coombs direct																							
<input type="checkbox"/> <b>Test de Coombs direct</b>																							
<table border="1"> <tr><td>Test de Coombs polyspécifique</td><td>1281.10</td></tr> <tr><td>Test de Coombs monospécifique anti-IgG</td><td>1281.10</td></tr> <tr><td>Test de Coombs monospécifique anti-IgA</td><td>1281.10</td></tr> <tr><td>Test de Coombs monospécifique anti-IgM</td><td>1281.10</td></tr> <tr><td>Test de Coombs monospécifique anti-C3c</td><td>1281.10</td></tr> <tr><td>Test de Coombs monospécifique anti-C3d</td><td>1281.10</td></tr> <tr><td>Test de Coombs monospécifique anti-C4</td><td>1281.10</td></tr> <tr><td>Titration de Coombs anti-IgG</td><td>1296.00</td></tr> </table>	Test de Coombs polyspécifique	1281.10	Test de Coombs monospécifique anti-IgG	1281.10	Test de Coombs monospécifique anti-IgA	1281.10	Test de Coombs monospécifique anti-IgM	1281.10	Test de Coombs monospécifique anti-C3c	1281.10	Test de Coombs monospécifique anti-C3d	1281.10	Test de Coombs monospécifique anti-C4	1281.10	Titration de Coombs anti-IgG	1296.00	<input type="checkbox"/> <b>Recherche et titration d'agglutinines froides</b> <table border="1"> <tr><td>Recherche d'agglutinines froides</td><td>1483.00</td></tr> <tr><td>Titration d'agglutinines froides (par titre)</td><td>1726.00</td></tr> </table>	Recherche d'agglutinines froides	1483.00	Titration d'agglutinines froides (par titre)	1726.00		
Test de Coombs polyspécifique	1281.10																						
Test de Coombs monospécifique anti-IgG	1281.10																						
Test de Coombs monospécifique anti-IgA	1281.10																						
Test de Coombs monospécifique anti-IgM	1281.10																						
Test de Coombs monospécifique anti-C3c	1281.10																						
Test de Coombs monospécifique anti-C3d	1281.10																						
Test de Coombs monospécifique anti-C4	1281.10																						
Titration de Coombs anti-IgG	1296.00																						
Recherche d'agglutinines froides	1483.00																						
Titration d'agglutinines froides (par titre)	1726.00																						
	<b>Autre</b>																						
	<input type="checkbox"/> Test Donath-Landsteiner : Appeler le 62890 avant la prise de sang à																						
	<input type="checkbox"/> Anticorps anti-IgA (Réaction transfusionnelle / déficit congénital en IgA) à																						
	<input type="checkbox"/> Détermination RHD fœtal à partir plasma mère (dès 18 <sup>ème</sup> semaine de grossesse, 9ml sang EDTA, avant 16h au labo T-FR) à																						

N° de prélèvement	<b>Réservé au laboratoire de T-FR</b>		Urgence Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
	Sceau/ Visa	Remarques	
			Date _____
			<input type="checkbox"/> Entre 19h00 et 7h00
			<input type="checkbox"/> Dimanche et jours férié





Nom, prénom, date de naissance, adresse complète du patient ou adrémât avec PID/FID

Diagnostic indispensable	
Hospitalisé	<input type="checkbox"/>
Ambulatoire	<input type="checkbox"/>
Nom du médecin prescripteur	
Date de la prise de sang	
Nom et prénom de la personne ayant effectué la prise de sang	
Pour demandes provenant hors de l'HCF	
Etablissement et Service	
Tél/ Mail	

**Généralités concernant le prélèvement et conseil au prescripteur**

Le nom, prénom, date de naissance doivent être inscrits sur les tubes. Les analyses ne seront pas effectuées sur des échantillons non ou incorrectement identifiés. Pour toute question portant sur le choix des examens, l'utilisation des prestations, des indicateurs et limitations cliniques, ainsi que de la fréquence recommandées pour les analyses, en référer au Prof C. Chuard

**Analyses de marqueurs infectieux**

**1 tube sang natif avec gélose ou EDTA 6 ml avec gélose pour 2 sérologies demandées**

X Cocher l'analyse désirée svp

<input type="checkbox"/>	<b>HEPATITE A Sérologie complète (Anti HAV IgG + Anti-HAV IgM)</b>	
<u>Examens isolés de l'hépatite A :</u>		
<input type="checkbox"/>	Anticorps anti-HAV IgG	3049.00
<input type="checkbox"/>	Anticorps anti-HAV IgM	3051.00

<input type="checkbox"/>	<b>HEPATITE B Sérologie complète (Ag HBs, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HBc IgM, anti-HBe)</b>	
<u>Examens isolés de l'hépatite B :</u>		
<input type="checkbox"/>	Antigène HBs	3065.00
<input type="checkbox"/>	Antigène HBs test de confirmation par neutralisation	3064.00
<input type="checkbox"/>	Antigène HBe	3058.00
<input type="checkbox"/>	Anticorps anti-HBs quantitatif (contrôle vaccin)	3057.00
<input type="checkbox"/>	Anticorps anti-HBc IgG	3053.00
<input type="checkbox"/>	Anticorps anti-HBc IgM	3055.00
<input type="checkbox"/>	Anticorps anti-HBe	3066.00

<b>HEPATITE C</b>		
<input type="checkbox"/>	Dépistage anticorps anti-HCV	3068.00
<input type="checkbox"/>	Confirmation anticorps anti-HCV	à

<b>HIV</b>		
<input type="checkbox"/>	Dépistage anticorps anti HIV-1 / HIV-2 et antigène p24 HIV-1	3094.00
<input type="checkbox"/>	Confirmation anti-HIV 1 + 2 Immunoblot	à

à : identifie les analyses sous-traitées  
# : identifie les analyses non-accréditées

**Prestations de laboratoire** : Ce formulaire de demande d'analyses est lié aux conditions générales de vente et à l'onglet « Prestations de laboratoire » accessible sur notre site Internet [www.transfusion-fr.ch](http://www.transfusion-fr.ch). Il contient des données sur le matériel d'analyses, la sous-traitance et la représentativité de l'échantillonnage.

<b>Réservé au laboratoire de T-FR</b>			Urgence Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
N° de prélèvement	Sceau/ Visa		Remarques
			<input type="checkbox"/> Entre 19h00 et 7h00 <input type="checkbox"/> Dimanche et jours férié