Transfusion CRS Fribourg
Blutspende SRK Freiburg
Ch. des pensionnats 2-6
1708 Fribourg

Labo Tel 026 306 28 90
laboratoire@transfusion-fr.ch

Diagnostic indispensable	
Hospitalisé ☐ Ambulatoire ☐	Groupe sanguin urgent (pour injection immunoglobulines anti-D) ☐
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	

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

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

Anamnèse transfusion-nelle		
	La patiente est-elle enceinte ?	☐ NON ☐ OUI -> semaine grossesse :
	Prophylaxie anti-D ?	☐ NON ☐ OUI -> date d'injection :
	Anti-CD38 (Daratumumab / Isatuximab) ?	☐ NON ☐ OUI -> dès le :
	Patient greffé de moelle?	☐ NON ☐ OUI -> date greffe :
	Besoin de CE irradié ?	☐ NON ☐ OUI -> cause :

Standard ds la journée	urgence ds l'heure	Type de produit sanguin	Nombre	La commande doit être prête
☐	☐	Concentré érythrocytaire		Pour le service
☐	☐	Concentré érythrocytaire irradié **		Date
☐	☐	Plasma frais congelé		Heure
☐	☐	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). 14 jours avant récolte CSH autologues, 6 mois après auto-greffe de CSH. Immunodéficience T congénitale. Nouveau-né (jusqu'à 6 mois de vie). CAR-T cells (14 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

☐ **Groupe sanguin**		
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	
☐ **Phéno étendu** (k MNS Jka/b Fya/b Lua Kpa)	1292.00	
☐ **Sang de cordon** : groupe sanguin et Coombs direct		
☐ **Test de Coombs direct**		
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'anticorps irréguliers**		
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	
☐ **Recherche et titration d'agglutinines froides**		
Recherche d'agglutinines froides	1483.00	
Titration d'agglutinines froides (par titre)	1726.00	

Autre

- ☐ Test Donath-Landsteiner : Appeler le 62890 avant la prise de sang à
- ☐ Anticorps anti-IgA IgG (Réac transfusionnelle / déficit congénital IgA) à
- ☐ Détermination *RHD* fœtal à partir plasma mère (dès 18ème semaine de grossesse, 9ml sang EDTA, avant 16h au labo T-FR) à

Réservé au laboratoire de T-FR

N° de prélèvement Sceau/ Visa Remarques

Urgence Non ☐ Oui ☐

Date _____

☐ Entre 19h00 et 7h00
☐ Dimanche et jours férié

Transfusion CRS Fribourg
Blutspende SRK Freiburg
Ch. des pensionnats 2-6
1708 Fribourg

Labo Tel 026 306 28 90
laboratoire@transfusion-fr.ch

Diagnostic indispensable	
Hospitalisé Ambulatoire	☐ ☐
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	

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

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

☐	**HEPATITE A Sérologie complète** (Anti HAV IgG + Anti-HAV IgM)		
	Examens isolés de l'hépatite A :		
☐	Anticorps anti-HAV IgG	3049.00	
☐	Anticorps anti-HAV IgM	3051.00	

☐	**HEPATITE B Sérologie complète** (Ag HBs, anti-HBs, anti-HBc IgG, anti-HBc IgM, anti-HBe)		
	Examens isolés de l'hépatite B :		
☐	Antigène HBs	3065.00	
☐	Antigène HBs test de confirmation par neutralisation	3064.00	
☐	Antigène HBe	3058.00	
☐	Anticorps anti-HBs quantitatif (contrôle vaccin)	3057.00	
☐	Anticorps anti-HBc IgG	3053.00	
☐	Anticorps anti-HBc IgM	3055.00	
☐	Anticorps anti-HBe	3066.00	

	HEPATITE C		
☐	Dépistage anticorps anti-HCV	3068.00	
☐	Confirmation anticorps anti-HCV	à	

	HIV		
☐	Dépistage anticorps anti HIV-1 / HIV-2 et antigène p24 HIV-1	3094.00	
☐	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. Il contient des données sur le matériel d'analyses, la sous-traitance et la représentativité de l'échantillonnage.

Réservé au laboratoire de T-FR

N° de prélèvement Sceau/ Visa Remarques

Urgence Non ☐ Oui ☐

Date _____

☐ Entre 19h00 et 7h00
☐ Dimanche et jours férié