



Demande d'examen laboratoire d'immuno-hématologie LBM EFS Centre Pays de la Loire

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : https://efs-pl.manuelprelevement.fr/		Réservé au laboratoire Réception / horodatage :	
Identité du patient		Prescription	
(Coller une étiquette ou renseigner)		Date de prescription : ____/____/____ Heure : ____ H ____	
Nom de naissance : _____		PRESCRIPTEUR : _____ <i>Signature</i>	
Nom marital ou d'usage : _____		Nom/Prénom _____	
Prénom : _____		Qualité : _____	
Date de naissance : ____/____/____		(Coller une étiquette ou renseigner)	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I		Etablissement ou LBM : _____	
N° identifiant national de santé (INS) : _____		Service ou adresse : _____	
IPP : _____		Code service (UF/UA/UH) : _____ Téléphone : _____	
NAD/IEP : _____		Destinataire des résultats si différent du prescripteur : _____	
		Prélèvement / nb de tubes transmis :	
PRECISER IMPERATIVEMENT LE MOTIF DE L'URGENCE		Date prélèvement : ____/____/____ Heure : ____ H ____	
<input type="checkbox"/> Transfusion en urgence vitale		PRELEVEUR : _____ <i>Signature</i>	
<input type="checkbox"/> Autre motif (préciser) : _____		Nom/Prénom _____	
<input type="checkbox"/> Prescription de PSL associée		Qualité : _____	
Résultats à communiquer :		N° identifiant professionnel : _____	
<input type="checkbox"/> Par FAX N° _____			
<input type="checkbox"/> Par voie électronique			
EXAMENS DEMANDES (se reporter au manuel de prélèvement https://efs-pl.manuelprelevement.fr/)			
PRELEVEMENTS SUR TUBES EDTA (1 seul tube EDTA <input type="checkbox"/> possible si nombre d'examen < 3)	PRELEVEMENTS TUBE EDTA (1 tube EDTA <input type="checkbox"/> par type d'examen)	BILANS (prélever le nombre de tubes indiqué)	
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin ABO RH1 et phénotype RH KEL1 (+TDA si enfant <4 mois sauf si fourni)	Génotypage érythrocytaire : <input type="checkbox"/> RHD <input type="checkbox"/> RHCE <input type="checkbox"/> Etendu (FY1/2, JK1/2, MNS3/4) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Titrage d'Agglutinines Froides (2 tubes EDTA <input type="checkbox"/> (prendre contact avec le laboratoire au préalable)	
<input type="checkbox"/> Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI)	<input type="checkbox"/> Titrage / Dosage d'anticorps chez la femme enceinte (anticorps anti : _____)	<input type="checkbox"/> Incident transfusionnel (2 tubes EDTA <input type="checkbox"/> et 1 tube sec <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers	<input type="checkbox"/> Microtitrage anti RH1	<input type="checkbox"/> Anémie hémolytique auto-immune (1 tube EDTA <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> EDA (Examen Direct à l'Antiglobuline = TDA)	<input type="checkbox"/> Titrage anticorps immuns ABO	<input type="checkbox"/> Ponction fœtale : (1 tube EDTA <input type="checkbox"/> chez la mère et 1 tube <input type="checkbox"/> EDTA pour le fœtus)	
<input type="checkbox"/> Epreuve de compatibilité érythrocytaire Préciser le nombre de CGR : _____	<input type="checkbox"/> Titrage des anticorps naturels ABO	<input type="checkbox"/> Bilan à 1 an post-allogreffe CSH 1 tube EDTA <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Phénotype érythrocytaire étendu (FY1/2, JK1/2, MNS3/4)	<input type="checkbox"/> Autre analyse (préciser) : _____		
<input type="checkbox"/> Autre phénotype érythrocytaire (préciser les Ag) : _____			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :			
Pour toute demande d'analyses	Grossesse en cours	Nouveau-né (< 6mois)	
<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion Date : ____/____/____	Lieu d'accouchement prévu :	<input type="checkbox"/> sang de cordon <input type="checkbox"/> sang veineux	
<input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse	DDG : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion in utero Date : ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Antécédent d'immunisation Spécificité :	ou DDR : ____/____/____	Identité liée (mère/enfant ; donneur <input type="checkbox"/> receveur <input type="checkbox"/> CSH)	
<input type="checkbox"/> Greffe de CSH	Gestité/ Parité :/.....	Nom de naissance : _____	
<input type="checkbox"/> Intervention ou transfusion prévue le Date : ____/____/____	<input type="checkbox"/> Injection d' Ig anti-RH1 (Rhopylac®)	Nom marital ou d'usage : _____	
<input type="checkbox"/> Traitement par Ac monoclonal (Anti-CD38, -CD47)	Date : ____/____/____	Prénom : _____	
<input type="checkbox"/> Drépanocytose, hémoglobinopathie	Dose :	Date de naissance : ____/____/____	
<input type="checkbox"/> Hémopathie	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV	Joindre les documents de groupage et RAI de la mère.	
<input type="checkbox"/> Autre : _____	Dernière RAI négative le :/...../..... ;		
CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS	Demande conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Réceptionné par :	
si non conforme :	<input type="checkbox"/> service averti par téléphone <input type="checkbox"/> fax <input type="checkbox"/>	Numéro échantillon (coller étiquette code-barres)	
Code(s) NC :	<input type="checkbox"/> Demande régularisée		
	<input type="checkbox"/> Dérogation		
	<input type="checkbox"/> Demande refusée		
Compte-Rendu de liaison :			
Visa : _____ Date : _____			

Site	ANGERS	Site	LA ROCHE SUR YON	Site	ORLEANS LA SOURCE
Téléphone	02 41 72 44 39	Téléphone	02 51 44 65 07	Téléphone	02 38 49 93 00
Fax	02 41 48 78 73	Fax	02 51 44 63 62	Fax	02 38 49 93 29
Site	BLOIS	Site	LAVAL	Site	SAINT NAZAIRE
Téléphone	02 54 55 54 20	Téléphone	02 43 66 58 16	Téléphone	02 40 00 20 02
Fax	02 54 55 54 29	Fax	02 43 66 18 79	Fax	02 40 45 28 14
Site	BOURGES	Site	LE MANS	Site	TOURS BRETONNEAU
Téléphone	02 48 48 49 03	Téléphone	02 43 39 94 85	Téléphone	02 47 36 01 13
Fax	02 48 48 48 04	Fax	02 43 23 35 45	Fax	02 47 61 08 32
Site	CHARTRES	Site	NANTES HOTEL DIEU	Site	TOURS TROUSSEAU
Téléphone	02 37 33 73 92	Téléphone	02 40 12 33 43	Téléphone	02 47 47 47 47 poste 71085/71084
Fax	02 37 30 12 18	Fax	02 40 89 56 25	Fax	02 47 25 87 65
Site	CHATEAUROUX	Site	NANTES HOPITAL NORD		
Téléphone	02 54 27 97 77	Téléphone	02 40 16 58 81		
Fax	02 54 27 73 73	Fax	02 40 16 58 71		

Non-conformité concernant	Cause de la non-conformité
Identification du patient (bon d'examens et/ou échantillon)	Absence d'identification
	Identification incomplète sur le bon d'examens et sur l'échantillon
	Discordance entre bon de demande et/ou échantillons et/ou documents joints
	Double étiquetage
	Identification illisible
Bon de demande d'examens	Absence de bon de demande
	Absence de date de prélèvement sauf si présente sur échantillon ou régularisation
	Bon de demande souillé constituant un risque d'accident d'exposition au sang pour le personnel
	Absence de distinction entre les 2 prélèvements pour 2 déterminations de groupage sanguin (prélevés le même jour, à la même heure, par le même préleveur) → Une seule détermination sera effectuée
Echantillon biologique	Absence d'échantillon
	Echantillon biologique ou tube non adapté
	Quantité insuffisante
	Sérum ou plasma décanté
	Echantillon cassé, souillé constituant un risque d'accident d'exposition au sang pour le personnel
	Après centrifugation, échantillon hémolysé en dehors de contexte clinique particulier (incident transfusionnel, anémie hémolytique)
	Après centrifugation : échantillon coagulé, lactescent
	Arrivée au laboratoire hors délai

CRITERES DE NON-CONFORMITES ENTRAINANT UNE REFORMULATION DE LA DEMANDE

Cause de la non-conformité
Identification incomplète ⇒ Sur le bon d'examens : régularisation possible si identification complète sur le prélèvement ⇒ Sur le prélèvement : régularisation possible si éléments d'identité trop longs et identification complète sur le bon d'examens
Absence d'identification du préleveur
Absence d'identification du prescripteur
Absence du service prescripteur
Absence de la nature des examens à réaliser
Absence de renseignements cliniques pertinents
Absence d'heure de prélèvement