

Demande d'examen laboratoire d'immuno-hématologie LBM EFS Centre Pays de la Loire pour les allogreffes de CSH

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 :	
Nom marital ou d'usage : _____		Nom/Prénom _____	
Prénom : _____		Qualité : _____	
Date de naissance : ____/____/____		(Coller une étiquette ou renseigner)	
Sexe : ☐ M ☐ F ☐ I			
N° identifiant national de santé (INS) : _____			
IPP : _____			
NAD/IEP : _____		Etablissement ou LBM : _____	
		Service ou adresse : _____	
		Code service (UF/UA/UH) : _____ Téléphone : _____	
		Destinataire des résultats si différent du prescripteur : _____	
		Prélèvement / nb de tubes transmis :	
Préciser impérativement le motif de l'urgence ☐ Transfusion en urgence vitale ☐ Autre motif (préciser) : _____ ☐ Prescription de PSL associée Résultats à communiquer : ☐ Par FAX N° _____ ☐ Par voie électronique		Date prélèvement : ____/____/____ Heure : ____ H ____ PRELEVEUR : Nom/Prénom _____ Qualité : _____ N° identifiant professionnel : _____	
EXAMENS DEMANDES : BILAN PRE GREFFE de CSH Nous faire parvenir les prélèvements du donneur et du receveur dans un intervalle < 7 jours			
DONNEUR CSH (familial ou fichier)		RECEVEUR	
☐ Bilan Pré-Don Premier Prélèvement Donneur Groupe ABO-RH et Phénotype RH-KEL1 Phénotype étendu : FY (1,2) – JK (1,2) – MNS (3,4) –KEL2 si patient KEL1 Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI) EDA (Examen direct à l'antiglobuline) Titrage des Anticorps immuns anti-A et anti-B (si besoin) Prélèvements : Tube EDTA 2 X		☐ Bilan Pré-Don Premier Prélèvement Receveur Groupe ABO-RH et Phénotype RH-KEL1 Phénotype étendu : FY (1,2) – JK (1,2) – MNS (3,4) –KEL2 si patient KEL1 Recherche d'Anticorps Irréguliers Examen direct à l'antiglobuline Titrage des Anticorps immuns anti-A et anti-B Epreuve de compatibilité croisée Donneur/Receveur (si besoin) Prélèvements : Tube EDTA 2 X	
☐ Bilan Pré-Don Second Prélèvement Donneur Groupe ABO-RH et Phénotype RH-KEL1 Phénotype étendu : FY (1,2) – JK (1,2) – MNS (3,4) –KEL2 si patient KEL1 Titrage des Anticorps immuns anti-A et anti-B (si besoin) Prélèvements : Tube EDTA 1 X			
Donneur DVMO recruté pour patient extérieur			
☐ Bilan Premier Prélèvement Groupe ABO-RH et Phénotype RH-KEL1 Recherche d'Anticorps Irréguliers Titrage des Anticorps immuns anti-A et anti-B (si besoin) Prélèvements : Tube EDTA 2 X		☐ Bilan Pré-Don Second Prélèvement Receveur Groupe ABO-RH et Phénotype RH-KEL1 Phénotype étendu : FY (1,2) – JK (1,2) – MNS (3,4) –KEL2 si patient KEL1 Prélèvements : Tube EDTA 1 X	
☐ Bilan Second Prélèvement Donneur de fichier Groupe ABO-RH et Phénotype RH-KEL1 Prélèvements : Tube EDTA 1 X			
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :			
Pour toute demande d'analyses		Identité liée ☐ receveur ☐ donneur	
☐ Antécédent de transfusion Date / / ☐ Antécédent de grossesse ☐ Antécédent d'immunisation Spécificité : _____ ☐ Greffe de CSH ☐ Traitement par Ac monoclonal (Anti-CD38, Anti-CD47) ☐ Drépanocytose, Hémoglobinopathie ☐ Autre(s) :		(Coller une étiquette ou renseigner) Nom de naissance : Nom marital ou d'usage : Prénom : Date de naissance : / / Sexe : M ☐ F ☐ I ☐	
CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS		Réceptionné par :	
Si non conforme :		Numéro échantillon (coller l'étiquette code-barres)	
Code(s) NC :			
Compte-Rendu de liaison :			
Demande conforme : ☐ OUI ☐ NON			
☐ Service averti par téléphone ☐ par FAX ☐ ☐ Demande régularisée ☐ Dérogation ☐ Demande refusée			
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
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		

CRITERES DE NON-CONFORMITES ENTRAINANT UN REFUS DE LA DEMANDE

Non-conformité concernant	Cause de la non-conformité
Identification du patient (bon d'examens et/ou échantillon)	Absence d'identification
	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
	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
	Absence de date de prélèvement sauf si présente sur la demande d'examen
	Arrivée au laboratoire hors délai
	Identification incomplète

CRITERES DE NON-CONFORMITES ENTRAINANT UNE REFORMULATION DE LA DEMANDE

Cause de la non-conformité
Absence d'identification du préleveur
Absence du service prescripteur
Absence de la nature des examens à réaliser
Absence de renseignements cliniques pertinents
Absence de date de prélèvement 