



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

Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : <a href="https://efs-pl.manuelprelevement.fr/">https://efs-pl.manuelprelevement.fr/</a>		Réservé au laboratoire Réception / horodatage :	
<b>Identité du patient</b>		<b>Prescripteur</b>	
(Coller une étiquette ou renseigner) Nom de naissance : _____ Nom marital ou d'usage : _____ Prénom : _____ Date de naissance : ___/___/_____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I N° identifiant unique : _____		Nom/Prénom   _____ Qualité : _____ Date de prescription : ___/___/_____ (Coller une étiquette ou renseigner) Etablissement ou LBM : _____ Service ou adresse : _____ Code service (UF/UA/UH) : _____ Téléphone : _____ Destinataire des résultats si différent du prescripteur : _____ <input type="checkbox"/> Prescription de PSL associée	
<b>Urgence : cocher ici <input type="checkbox"/></b>		<b>Prélèvement</b>	
<b>Préciser impérativement le motif de l'urgence</b> <input type="checkbox"/> Transfusion en urgence vitale <input type="checkbox"/> Autre motif (préciser) : _____ ..... Résultats à communiquer : <input type="checkbox"/> Par FAX N° ..... <input type="checkbox"/> Par voie électronique		Date prélèvement : ___/___/_____ Heure : ___ H ___ <b>Préleveur :</b> Nom/prénom : _____ Qualité : _____ N° identifiant professionnel : _____	
		Signature	
<b>EXAMENS DEMANDES</b> (se reporter au manuel de prélèvement <a href="https://efs-pl.manuelprelevement.fr/">https://efs-pl.manuelprelevement.fr/</a> )			
<b>Prélèvements sur tubes EDTA</b> <input type="checkbox"/> (1seul tube EDTA <input type="checkbox"/> possible si nombre d'examens <3)	<b>Prélèvements tube EDTA</b> (1 tube EDTA <input type="checkbox"/> par type d'examen)	<b>Bilans</b> (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"/> Dépistage et Titrage d'Agglutinines Froides (1 tube EDTA <input type="checkbox"/> et 1 tube sec <input type="checkbox"/> ) (prendre contact avec le laboratoire au préalable)	
<input type="checkbox"/> Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI)	<input type="checkbox"/> Titrage d'Anticorps chez la femme enceinte (anticorps anti : .....) <input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'Anticorps chez la femme enceinte <input type="checkbox"/> Test de Kleihauer ou quantification des hématies fœtales <input type="checkbox"/> microtitrage anti RH1	<input type="checkbox"/> Anémie Hémolytique Auto immune (1 tube EDTA <input type="checkbox"/> et 1 tube sec <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/> Incident transfusionnel (2 tubes EDTA <input type="checkbox"/> et 1 tube sec <input type="checkbox"/> )	
<input type="checkbox"/> TDA (Test Direct à l'Antiglobuline)	<input type="checkbox"/> Test de Kleihauer ou quantification des hématies fœtales <input type="checkbox"/> microtitrage anti RH1	<input type="checkbox"/> Ponction fœtale : (1 tube EDTA <input type="checkbox"/> chez la mère et 1 tube EDTA <input type="checkbox"/> pour le fœtus)	
<input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers	<input type="checkbox"/> Titrage anticorps immuns ABO <input type="checkbox"/> Titrage des anticorps naturels ABO		
<input type="checkbox"/> Epreuve de compatibilité érythrocytaire <b>Préciser le nombre de CGR : .....</b>	<input type="checkbox"/> Autre analyse (préciser) : .....		
<input type="checkbox"/> Elution			
<input type="checkbox"/> Phénotype érythrocytaire étendu (FY1/2, JK1/2, MNS3/4)	<input type="checkbox"/> Autre phénotype érythrocytaire (préciser les Ag) : .....		
<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :</b>			
<b>Pour toute demande d'analyses</b>	<b>Grossesse en cours</b>	<b>Nouveau-né &lt;6 mois</b>	
<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion Date : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse <input type="checkbox"/> Antécédent d'immunisation Spécificité : <input type="checkbox"/> Greffe de CSH <input type="checkbox"/> Intervention ou transfusion prévue le Date : ...../...../..... <input type="checkbox"/> Traitement par Ac monoclonal (Anti-CD38) <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Hémoglobinopathie <input type="checkbox"/> Hémopathie <input type="checkbox"/> Maladie Auto immune <input type="checkbox"/> Exploration d'un ictère <input type="checkbox"/> Exploration d'une anémie <input type="checkbox"/> Autre : .....	DDG : ..... ou DDR : .....  Geste/ Parité : ...../.....  <input type="checkbox"/> Injection d'une Ig anti-RH1 (Rhophylac®) ➔ Si OUI :  Date : ...../...../..... Dosage : ..... Voie d'administration : ..... Date de la dernière RAI négative : ...../...../.....	<input type="checkbox"/> sang de cordon <input type="checkbox"/> sang veineux  <input type="checkbox"/> antécédent de transfusion in utero Date : ...../...../.....  <b>Identité de la mère :</b> Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....  <b><u>Merci de joindre les documents de groupage et RAI de la mère</u></b>	
<b>CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS</b>			
Demande conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Réceptionné par :	
Si non conforme : Code(s) NC :	<input type="checkbox"/> service averti par téléphone <input type="checkbox"/> service averti par FAX <input type="checkbox"/> demande régularisée <input type="checkbox"/> dérogation <input type="checkbox"/> demande refusée	Numéro échantillon (coller l'étiquette code-barres)	

Site	<b>ANGERS</b>	Site	<b>LA ROCHE SUR YON</b>	Site	<b>ORLEANS LA SOURCE</b>
Téléphone	02 41 72 44 39	Téléphone	02 51 44 62 35	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	<b>BLOIS</b>	Site	<b>LAVAL</b>	Site	<b>SAINT NAZAIRE</b>
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	<b>BOURGES</b>	Site	<b>LE MANS</b>	Site	<b>TOURS BRETONNEAU</b>
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	<b>CHARTRES</b>	Site	<b>NANTES HOTEL DIEU</b>	Site	<b>TOURS TROUSSEAU</b>
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	<b>CHATEAUROUX</b>	Site	<b>NANTES HOPITAL NORD</b>		
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
	Identification incomplète
	Discordance entre bon de demande et/ou échantillons et/ou documents joints
	Double étiquetage
Bon de demande d'examens	Identification illisible
	Absence de bon de demande
	Absence de date de prélèvement sauf si présente sur échantillon
	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 effectuée
Echantillon biologique	Absence d'échantillon
	Echantillon biologique ou tube non adaptés
	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	

## 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 d'heure de prélèvement