

DEMANDE D'INVESTIGATION SÉROLOGIQUE

Laboratoire : Brampton — Services diagnostiques
du Centre-Sud de l'Ontario (SD-CSO)

Ottawa — Laboratoire d'immunohématologie
national de référence (LINR)

SECTION A – PATIENT (renseignements obligatoires)						
Nom de famille :		Prénom :		N° d'assurance-maladie/N° de don :		
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		N° de dossier médical/donneur :				
Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme						
Hgb : g/l	ABO :	Rh :	TAD :	IgG :	C3 :	
Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Origine africaine <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Inconnue						
Diagnostic clinique : _____						
Traitement médicamenteux : _____						
Date du prélèvement :			Date d'envoi :			
SECTION B – ANALYSES À EFFECTUER						
<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps <input type="checkbox"/> Investigation liée à une réaction transfusionnelle <input type="checkbox"/> Confirmation de phénotypage : _____ <input type="checkbox"/> Confirmation de l'identification d'anticorps : _____ <input type="checkbox"/> Recherche du groupe sanguin <input type="checkbox"/> Autre : _____				Commentaires et renseignements additionnels : _____ _____		
<th>DÉTAILS D'ORDRE TRANSFUSIONNEL (renseignements obligatoires)</th>						DÉTAILS D'ORDRE TRANSFUSIONNEL (renseignements obligatoires)
Date de la transfusion : _____		Nombre d'unités transfusées : _____				
Réaction? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS Type (si oui) : _____						
Transfusions continues requises? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Transfusion dans les 3 derniers mois? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
Anticorps présents précédemment : _____						
Phénotype érythrocytaire (s'il est connu) : _____						
Antécédents obstétricaux : G _____ P _____ A _____			Prénataux? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Administration d'IgRh? <input type="checkbox"/> OUI (date : _____) <input type="checkbox"/> NON		Maladie hémolytique du fœtus et du nouveau-né? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				
SECTION C – DEMANDEUR (renseignements obligatoires)						
Nom du demandeur :			Établissement :			
Adresse :			URGENCE <input type="checkbox"/> Ordinaire <input type="checkbox"/> Dès que possible (5 jours ouvrables) <input type="checkbox"/> Urgent (2 jours ouvrables) <input type="checkbox"/> Sang requis			
Tél. :			Rapport préliminaire requis? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Télééc. :						
Courriel :						
SECTION D – ÉCHANTILLONS (RÉSERVÉE À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG)						
Date et heure de réception : _____			N° d'échantillon SCS : _____			
Réceptionnés par : _____			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>			
Type d'échantillons :		Sang total EDTA <input type="checkbox"/>	Culot glob. EDTA <input type="checkbox"/>	Plasma <input type="checkbox"/>	Tubulure <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Volume :		ml	ml	ml		
Nombre d'échantillons reçus :			Ajout d'une solution de conservation : <input type="checkbox"/>			

DEMANDE D'INVESTIGATION SÉROLOGIQUE

Précisions :

Type d'échantillons :	EDTA
Volume :	5 ml – 10 ml
Réception des échantillons : Brampton (SD-CSO) :	En tout temps
Ottawa (LINR) :	Du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h (HNE)
Stabilité et température :	Emballage et transport entre 4° C et 25° C, dans les 14 jours suivant le prélèvement

Envoyer une copie des feuilles de travail portant sur :

- les résultats de tous les phénotypes réalisés;
- toutes les recherches d'anticorps pertinentes (panel d'échantillons).

Si les échantillons doivent arriver en dehors des heures normales d'ouverture, en informer le laboratoire, qui prendra alors les dispositions nécessaires.

Au moins deux des éléments suivants doivent figurer sur l'étiquette :

1.	Nom
2.	N° d'identification (n° d'assurance-maladie)
3.	Date de naissance

Procédure à suivre pour l'envoi des échantillons :

a)	Dûment remplir le présent formulaire pour chaque échantillon.
b)	Emballer les échantillons de façon sécuritaire pour éviter les dommages ou les fuites.
c)	Si les échantillons ne peuvent pas être livrés le même jour, utiliser un bloc réfrigérant d'une température comprise entre 2° C et 6° C. En cas de conditions hivernales extrêmes, utiliser un bloc réfrigérant à température ambiante.
d)	Informez le laboratoire de l'envoi des échantillons et fournissez le numéro du bordereau de transport, le cas échéant. (Voir adresses d'expédition ci-dessous.)

NE PAS UTILISER DE GLACE CARBONIQUE NI DE BLOC RÉFRIGÉRANT.

Adresses d'expédition :

Canadian Blood Services Diagnostic Services Southern and Central Ontario Red Cell Serology Reference Laboratory 100 Parkshore Drive Brampton, Ontario L6T 5M1 Canada	Société canadienne du sang Laboratoire d'immunohématologie national de référence 1800, prom. Alta Vista Ottawa (Ontario) K1G 4J5 Canada
---	---

Si un échantillon est jugé insatisfaisant, on demandera au laboratoire d'origine d'autoriser son élimination et d'expédier un nouvel échantillon.

Renseignements :

Société canadienne du sang — SD-CSO Tél. : 905-494-5295 Télé. : 905-494-8131 Heures d'ouverture : ➤ Du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 20 h	Société canadienne du sang — LINR Tél. : 613-739-2460 ou 613-739-2292 Télé. : 613-739-2449 Courriel : NIRL@blood.ca Heures d'ouverture : ➤ Du lundi au vendredi, de 8 h à 16 h (HNE)
--	---