



Nom du patient (en caractères en majuscule s.v.p.) _____ Prénom _____
 Rue, N° * _____ Date de naissance _____ Sexe M F
 NPA, Lieu * _____
 Votre numéro de référence _____
 Prescripteur _____

SPECIMEN V20240701- ne pas utiliser svp !
Commander les formulaires auprès de l'administration
de laboratoire : labordiagnostik@itransfusion.ch
ou 031 384 23 00

Diagnose / Médicaments _____
 Date du prélèvement _____ N° du dernier rapport _____
 Facture au: * Patient (ambulant) Prescripteur

Semaine de grossesse/jours: Semaine: _____ /Jours: _____
 Anti-D injecté? oui non Date: _____
 Dernière transfusion? Date: _____

***Note concernant la facturation**
 Pour les factures adressées aux patients, l'adresse complète et actuelle du patient doit impérativement être indiquée.
 Toutes les modifications annoncées ultérieurement (modifications d'adresses et aussi changements de destinataire de la facture) causent des frais supplémentaires de CHF 30 par cas, lesquels vous seront directement facturés.

Prélèvement Sang EDTA Sang/plasma citraté Segment Poche de plasma Sang complet
 Sang natif Plasma EDTA Concentré érythrocytaire Autres _____
 Sérum Sang hépariné Concentré thrombocytaire Cell-Free DNA BCT® (STRECK)

Les codes entre parenthèses (1-9) se rapportent aux instructions de prélèvement: voir au verso

Immunohématologie

Groupe sanguin et facteur Rh (3)
 Phénotype Rh/K (seulement avec groupe sanguin) (3)
 Alloanticorps érythrocytaires (1, 2 ou 3)
 Test direct à l'antiglobuline et év. clarifications complémentaires (3)
 Titre anti-A resp. anti-B immun (O-A/B Const.) (1)
 Détermination de l'antigène du groupe sanguin: _____

Investigation lors d'une suspicion d'AHAI (1 et 3)

Autoanticorps anti-érythrocytaires (3)
 (Anti-IgG + titre, C3d, IgM, IgA, év. élution)
 Titre des agglutinines froides (6)
 Test de Donath-Landsteiner (6)
 Hémolysines froides acides (6)

Diagnostic moléculaire des groupes sanguins (PCR-SSP) (3)

ABO RHD variant (RhD weak, partiel)
 RHD-zygotie Génotypage étendu (SSP-PCR)
 RHD, RHCE (RHD, RHCE, KEL, JK, FY, MNS, DO, LU, VEL)
 RHCE variant Autres groupes sanguins: _____
 Détermination du RHD foetal à partir du plasma de la mère (8)
→ obligatoire avec indication semaine de grossesse et date de prélèvement

Génotypage HPA

Génotypage HPA, biologie moléculaire (3)

Test de compatibilité sérologique (1 et 3)

Commande de sang:
 Nombre de concentrés érythrocytaires: _____
 Date de livraison: _____
 Heure de livraison: _____ h
 Nom, prénom, date de naissance et date de prélèvement **doivent** être écrits sur chaque tube.
 Les tests de compatibilité **ne seront pas effectués** avec des échantillons non ou incorrectement étiquetés.
 En cas de difficulté veuillez téléphoner au 031 384 23 50.

Contrôle de qualité des produits sanguins

Leucocytes résiduels Erythrocytes résiduels Détermination du pH

Formule sanguine (3)

Formule sanguine (leucocytes, érythrocytes, thrombocytes, Hb, Ht)

Uniquement pour usage interne

Ausgepackt / Eingangskontrolle: _____
 Eingelezen: _____
 Etikettiert: _____
 Abpipettiert: _____ 2. Erf: _____

Remarques, commandes

Laissez libre ce champ. Pour usage interne uniquement.



