

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etiquette code barres pour le CHUV



Unité de médecine transfusionnelle
 CHUV BH18-606/1011 Lausanne
 Ligne d'urgence 021 31 44201
 Tél interne CHUV 46567
 Tél pour labo ext 079 55 62486
 Fax 021 31 46597
 PP 07: BH05-MAT-MINK-OTP
 PP 549: Grand réseau
 E-mail: umt.labo@itransfusion.ch
 http://www.itransfusion.ch



7999999999

Patient

Nom.....

Prénom.....

Sexe.....

Date de naissance complète

.....

Adresse complète

.....

N° postal/Localité

.....

V/réf:.....

Facture

Patient Demandeur

Date et heure du prélèvement indispensables

Jour : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

Mois : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Heure : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 Min. : 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 30 45

Copie(s) du résultat à (adresse exacte et complète)

Nom du médecin :

Service, adresse :

Localité :

DEMANDEUR (à remplir obligatoirement)

Médecin/ établissement :

Adresse :

Tél et fax :

Etiquette déviation Ou Etiquette de projet

Obligatoire pour le CHUV : nom, prénom et n° de tél ayant effectué le prélèvement et la commande

.....

prélèvement artériel/veineux sang de cordon sang capillaire bébé

Analyses immunohématologiques

- Tests pré-transfusionnels (Type & Screen=grpes ABO RhD+ Ac+TDA) ①
 - A réaliser en urgence
- Suivi de grossesse, date injection anti-D..... (grpes ABO RhD + Ac +/- titre)
- Bilan d'hémolyse ② (Ac+TDA+dépistage agglutinines froides)
- Investigation réaction transfusionnelle ③
- Autre :
- Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires
- Test direct à l'antiglobuline (=TDA), dépistage
- Test direct à l'antiglobuline, spécificités (IgA, IgM, IgG, C3d)
- Groupes ABO RhD
- Phénotype Rhésus et Kell
- Phénotype érythrocytaire étendu
- Recherche d'agglutinines froides ②
- Génotypage érythrocytaire ④

① Si aucune détermination des groupes ABO RhD n'a été réalisée par l'UMT, prélever 2 tubes indépendamment l'un de l'autre et joindre un bon par tube. Une carte de groupe peut remplacer le 2^e tube. La validité des tests est de 4 jours (J1=date du prélèvement). Pour un enfant de < 3 mois les tests sont valides jusqu'à l'âge de 3 mois. Tubes à prélever :

- Enfant de 0 à <3 mois : 1 tube CAPIJECT® + sang maternel 1 tube EDTA 4.9 ml
- Enfant de 3 mois à <6 ans: 1 tube EDTA 2.6 ml (+ 1 tube CAPIJECT® si groupe non connu)
- Enfant de 6 ans à <16 ans : 1 tube EDTA 2.6 ml (+ 1 tube EDTA 1.2 ml si groupe non connu)
- Dès 16 ans : 1 tube EDTA 4.9 ml (+ 1 tube EDTA 4.9 ml si groupe non connu)

- ② Prélever 2 tubes EDTA 4.9 ml : ne pas mettre au frigo, amener les tubes rapidement au laboratoire ou décanter un des tubes à 37°C
- ③ Voir informations au verso
- ④ Tube EDTA 4.9 ml. Analyse sous-traitée au laboratoire de référence du BSD BE

En cas de discordance d'identité entre le tube et le bon de commande ou en cas de tube incomplètement identifié, l'échantillon ne sera pas traité. Pour plus d'information, se référer au fichier des examens sur le site intranet du CHUV ou consulter le site internet www.itransfusion.ch Le formulaire de commande des produits sanguins se trouve au verso

				7999999999
7999999999	7999999999	7999999999	7999999999	7999999999
				7999999999
7999999999	7999999999	7999999999	7999999999	7999999999



CHUV Labor-CPC VS-06.2012 v.1
No. article CHUV

1
2
3

4
5
6
7
8

9
10
11
12
13
14

15
16
17
18
19
20
21

23
24
25
26
27
28
29
30

31
32
33
34
35
36



799999999

Commande de produits sanguins**Concentrés érythrocytaires (CE) Nombre CE**

Qualificatif(s) particulier(s)

-
- CMV négatif
-
-
- pédiatrique

-
- irradié
-
-
- pour transfusion foetale

-
- phéno large compatible
-
-
- déplasmatisé

Commande pour transfusion
 Délai souhaité : en urgence (<60 min) Transfusion ambulatoire Transfusion le (date et heure) :
Commande de type T&S – commande préopératoire

Remarque: Si le groupe sanguin est confirmé et si le screen date de moins de 4j (J1 =date du prélèvement), les CE commandés sont délivrés dans les 15 minutes, sur demande. **En cas de screen positif (anticorps irréguliers décelables ou connus), les CE commandés sont préparés et gardés à l'UMT ; ils sont délivrés dans les 15 minutes, sur demande.**

-
- date de l'intervention :
-
- à préparer et à délivrer au bloc op (nbre selon listing)

CE non testés pour transfusion en urgence vitale Nombre CE

Sous la responsabilité du médecin prescripteur.

 Contacter immédiatement l'UMT (tél 44201). Prélèver 1 tube (ou 2 tubes si groupes non connus) AVANT transfusion
 CE livrable en moins de 15 minutes après réception des échantillons. Les tests pré-transfusionnels seront complétés après la livraison
n° tél + signature **obligatoires** du médecin prescripteur.....**Plasmas frais congelés (PFC) Nombre**

-
- A décongeler par le laboratoire UMT

-
- En urgence
-
- Patient ambulatoire
-
- Elective planifiée pour (date et heure)

Pour la livraison nominative de PFC, une double détermination des groupes ABO et RhD par l'UMT (=groupes confirmés) suffit.

Concentrés plaquettaires inactivés (CP)

-
- CP adulte (>2.4x10
- ¹¹
- plq = 5U) Nombre

-
- 1/2 CP adulte (>1.2x10
- ¹¹
- plq = 2.5U) Nombre

-
- CP pédiatrique (>0.6x10
- ¹¹
- plq = 1.2U) Nombre

-
- En urgence
-
- Patient ambulatoire
-
- Elective planifiée pour (date et heure)

Qualificatif(s) particulier(s) : HLA/HPA compatible déplasmatisé autre:Nom + n° tél du médecin, renseignements cliniques et numération plaquettaire **obligatoires**

Pour la livraison nominative de CP, une double détermination des groupes ABO et RhD par l'UMT (=groupes confirmés) suffit.

Demandeur externe**Coordonnées (tampon)**
Livraison par taxi vient chercher
Coordonnées du patient (livraison nominative)

Nom.....

Prénom.....

Date de naissance.....

Rue.....

NPA et localité.....

Facture Patient Demandeur**Procédure en cas de réaction transfusionnelle**

- o **CHUV** - tél immédiatement à l'UMT (ligne d'urgence 44201)
 - annonce de l'incident via RECI
 - apporter à l'UMT : - un tube EDTA 4.9 ml prélevé chez le patient (en cas de réaction sur CE)
 - le(s) produit(s) sanguin(s) concerné(s) (clamp fermé et tubulure bouchée)
 - un bon de microbiologie
 - un set d'étiquettes du patient
- o **Autre établissement** - contacter immédiatement l'UMT (ligne d'urgence 021 314 42 01)
 - adresser un tube EDTA 4.9 ml du patient et un segment du CE si les tests pré-transfusionnels et la livraison du produit ont été effectués par l'UMT