

DEMANDE D'ANALYSES

HÉMATOLOGIE - HÉMOSTASE

IMMUNO-HÉMATOLOGIE

COMMANDE DE PRODUITS SANGUINS

Médecin / service

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

NPA Lieu :

Né(e) :

Sexe : M F

NLAB

Facture à : Patient Requérant Autre :

Prélèvement : date et heure Prélèvement au laboratoire

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 : Janv. Févr. Mars Avril Mai Juin Juillet Août Sept. Oct. Nov. Déc.

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

Minute : 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Urgent

Avant dialyse

Après dialyse

Copies / Renseignements cliniques / Autres analyses

Monovette® Sérum Monovette® Li Heparin Monovette® Coagulation Monovette® EDTA Monovette® ESR Monovette® Citrat / Buffer

HÉMATOLOGIE

HÉMOGRAMME	DENGUE ET PARASITES	MÉDULLOGRAMME	NÉOPLASIES MYÉLOPROLIFÉRATIVES
<input type="checkbox"/> Hémogramme (FSS) Leuco, Ery, Hb, Ht, Indices, Thrombo	<input type="checkbox"/> Dengue: test rapide	<input type="checkbox"/> Médullogramme Cytologie et colorations	<input type="checkbox"/> Polycythemia vera JAK2 V617F et exon 12
<input type="checkbox"/> Répartition leucocytaire	<input type="checkbox"/> Malaria: microscopie	MARQUEURS IMMUNOLOGIQUES	<input type="checkbox"/> Thrombocytémie essentielle et myélofibrose JAK2 V617F, CALR exon 9, MPL exon 10
<input type="checkbox"/> Réticulocytes	<input type="checkbox"/> Malaria: test rapide	<input type="checkbox"/> Immunophénotypisation sang	<input type="checkbox"/> BCR-ABL diagnostic
<input type="checkbox"/> Frottis pour hématologue Renseignements cliniques	<input type="checkbox"/> Microfilaires	<input type="checkbox"/> Immunophénotypisation moelle	<input type="checkbox"/> BCR-ABL quantitatif Maladie résiduelle
<input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation	HÉMATOLOGIE SPÉCIALE		HÉMOCHROMATOSE
	<input type="checkbox"/> Falciformation		<input type="checkbox"/> Mutation du gène HFE ⚠ C282Y et H63D
	<input type="checkbox"/> Hémoglobine F (Kleihauer)		⚠ Signature indispensable cf ci-dessous
	<input type="checkbox"/> Résistance osmotique (Sphérocytose)		
	<input type="checkbox"/> G6PD		
	<input type="checkbox"/> Pyruvate kinase (PK)		
	<input type="checkbox"/> Electrophorèse d'hémoglobine ⚠		
	⚠ Signature indispensable cf ci-dessous		

HÉMOSTASE

L'INDICATION DU TRAITEMENT ANTICOAGULANT EST INDISPENSABLE

Héparine non fractionnée HBPM Arixtra® Sintrom®

Xarelto® Eliquis® Pradaxa® Autre (préciser dans renseignements cliniques)

TESTS GLOBAUX	SURVEILLANCE DE L'ANTICOAGULATION	FACTEURS	MALADIE DE VON WILLEBRAND
<input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> Préciser heure et dose injectée sous renseignements cliniques	<input type="checkbox"/> Investigation TP pathologique	<input type="checkbox"/> Facteur VIII
<input type="checkbox"/> PTT	ACTIVITÉ ANTI-XA	<input type="checkbox"/> Investigation PTT pathologique	<input type="checkbox"/> F Von Willebrand antigénique
<input type="checkbox"/> Fibrinogène	<input type="checkbox"/> Héparine non fractionnée°	<input type="checkbox"/> Facteur II	<input type="checkbox"/> F Von Willebrand activité
FIBRINOLYSE	<input type="checkbox"/> Arixtra°	<input type="checkbox"/> Facteur V	<input type="checkbox"/> PFA (Platelet Function Assay)
<input type="checkbox"/> D-Dimères	<input type="checkbox"/> HBPM°	<input type="checkbox"/> Facteur VII	FONCTION PLAQUETTAIRE
THROMBOPÉNIE INDUITE PAR L'HÉPARINE	<input type="checkbox"/> Xarelto°	<input type="checkbox"/> Facteur VIII	<input type="checkbox"/> PFA (Platelet Function Assay)
<input type="checkbox"/> Anticorps anti-PF4 / Héparine	<input type="checkbox"/> Eliquis°	<input type="checkbox"/> Facteur IX	BILAN PROCOAGULANT
	ACTIVITÉ ANTI-IIA	<input type="checkbox"/> Facteur X	<input type="checkbox"/> Antithrombine
	<input type="checkbox"/> Pradaxa°	<input type="checkbox"/> Facteur XI	<input type="checkbox"/> Protéine C
		<input type="checkbox"/> Facteur XII	<input type="checkbox"/> Protéine S
		<input type="checkbox"/> Facteur XIII	<input type="checkbox"/> APC résistance / Mutation F V (Leiden) ⚠
		<input type="checkbox"/> Inhibiteur Facteur VIII	<input type="checkbox"/> Mutation F II (prothrombine) ⚠
		<input type="checkbox"/> Inhibiteur Facteur IX	<input type="checkbox"/> Anticoagulant lupique
			<input type="checkbox"/> Phospholipides (bloc) β-2-glycoprotéine I, IgG, IgM, Cardioline IgG
			<input type="checkbox"/> Homocystéine
			⚠ Signature indispensable cf ci-contre

Par sa signature, le médecin demandeur atteste avoir informé la personne concernée selon les obligations légales en vigueur et avoir reçu son consentement.

Lieu, date : _____ Signature du médecin obligatoire : _____

Institut Central des Hôpitaux - Zentralinstitut der Spitäler - Avenue du Gd. Champsec 86 - CP 800 - 1951 SION - T: +41 (0)27 603 4800 - F: +41 (0)27 603 4801 - LABORATOIRES : Brigue, Viège, Sière, Sion, Martigny, Chablais, Riviera.

IMMUNOHEMATOLOGIE

Joindre la carte de groupe sanguin ou copie

- Groupe sanguin (GS)
- Tube en réserve au laboratoire pour commande ultérieure
(validité 96 heures après le prélèvement)
- Type & Screen (GS et recherche d'anticorps irréguliers – RAI)
(validité 96 heures après le prélèvement)
- Coombs direct
- Agglutinines froides (37°C)

SUIVI DE GROSSESSE / ACCOUCHEMENT:

- Recherche d'anticorps irréguliers (RAI)
Semaine de grossesse: Accouchement prévu le:
- Prophylaxie anti-D le:

OBLIGATOIRE:

L'exactitude de l'identité du patient (nom, prénom, date de naissance) et de l'identification des tubes pour analyses est attestée par:

Nom/prénom:

Signature:

COMMANDE DE PRODUITS SANGUINS

- Concentré érythrocytaire 1 2 3 4 5 6
- Plasma frais congelé 1 2 3 4 5 6
- Concentré plaquettaire (thrombocytophérèse) 1 2
- Concentré érythrocytaire pour nouveaux-nés (<3 mois) 1
Nécessite de prélever 1 tube de sang EDTA 7,5 mL chez la maman.

Spécificité du produit: Irradié HLA compatible

OBLIGATOIRE pour toute commande:

Nom/numéro de téléphone du médecin:

Téléphone:

- Concentré(s) érythrocytaire(s) (CE) non testé(s) 1 2 3 4 5 6
Je soussigné, désire obtenir des CE non testés de toute urgence. Par la présente, je décharge le laboratoire d'hématologie. Celui-ci effectuera les tests de compatibilités après la livraison du sang.
- Protocole d'hémorragie massive (PHM) – CHVR
Veillez suivre le protocole en vigueur sur votre site.

Signature pour la commande de sang non testé:

Téléphone:

Des informations supplémentaires sont disponibles dans le guide pratique de la transfusion sanguine de l'Hôpital du Valais ou de l'Hôpital Riviera-Chablais

DATE ET HEURE PRÉVUES DE LA TRANSFUSION

De suite

Prévue le:

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	Janv.	Févr.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.				
Heure	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23				
Minutes	15	30	45													

Matériel de prélèvement

- 1 Monovette® Sérum Gel S, 7,5 mL
- 2 Monovette® Li-Heparin LH, 4,9 mL
- 5 Monovette® Coagulation 9 NC, 3 mL
- 6 Monovette® EDTA KE, 2,6 mL
- 7 Monovette® EDTA KE, 7,5 mL
- 8 Monovette® ESR 4 NC, 2 mL
- 9 Monovette® Citrat/Buffer 9NC/PFA

Remarques et explications

! Conditions spéciales: Consulter la listes des analyses ICH sur le site internet. Si des analyses ne figurent pas sur cette feuille, veuillez consulter le site internet www.hopitalvs.ch ou vous adresser au laboratoire

ESPACE RÉSERVÉ AU LABORATOIRE