



CHU Sainte-Justine  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 4640

# BANQUE DE SANG/ DEMANDE D'ANALYSES ET/OU PRODUITS SANGUINS LABILES

## BANQUE DE SANG/ DEMANDE D'ANALYSES ET/OU PRODUITS SANGUINS LABILES

Requête télécopiée

Date : \_\_\_\_\_

Heure : \_\_\_\_\_

Prélèvement demandé: Date \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h  11h  14h  17h  20h  00h 

|  |  |
|--|--|
| Unité de Soins/Clinique : _____  | Identification du patient ADRESSOGRAPHE OBLIGATOIRE          |
| MD Requérant : _____ Licence : _____   | Nom, Prénom :  |
| <b>Prélèvement fait: Date: _____ Compléter le bas de page</b>  | Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| <b>Prélevé par: _____ Compléter le bas de page</b>   | # Dossier ou # Ass. maladie :                                |
| Grossesse; Nb de semaines : _____ Poids : kg _____   | Date de naissance :  |
| Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses<br>requis  | ou   |
| Intervention : _____ Date : _____  | Plaquer carte  |
| <input type="checkbox"/> exsanguino <input type="checkbox"/> cordocentèse <input type="checkbox"/> transf. Intra-utérine |  |
| SANG : <input type="checkbox"/> veineux/artériel <input type="checkbox"/> cordon*  |  |
| <input type="checkbox"/> foetal <input type="checkbox"/> Autre : _____   |  |
| * Dans l'espace réservé à la banque de sang, identifier la mère :<br>nom, prénom et # dossier.                           |  |

**Renseignement clinique:**

## DEMANDE D'ANALYSE

- Code 50 (ABO, Rh, RAI) :  Urgent Phénotypage :  Complet  Ag spécifique(s) : le(s) quel(s) : \_\_\_\_\_
- ABO/Rh  Étude de réaction transfusionnelle
- Recherche d'anticorps irréguliers (RAI)  Titrage d'anticorps : le(s) quel(s) ? (si connu) : \_\_\_\_\_
- Test direct à l'antiglobuline (Coombs)  Titrage isohémaglutinines Anti-A / Anti-B
- Protocole Anti-D :  mère  nouveau-né  Typage HLA : Voir verso
- Autre, préciser : \_\_\_\_\_
- Étude bi-directionnelle de compatibilité :  Don dirigé  Autre : \_\_\_\_\_ Dans l'espace réservé à la banque de sang, identifier le receveur (l'enfant) soit : nom, prénom et # dossier ET identifier le lien de parenté du donneur avec le receveur.

## DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

- Ce jour : Heure : \_\_\_\_\_  Mettre en réserve:  Urgent (délai de distribution  $\leq$  1 hr)
- Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  Transfusion en extrême urgence (sans épreuve de compatibilité)

| PRODUIT  | QUANTITÉ<br>(NB OU ML) | DIRECTIVES MÉDICALES                              |
|--|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CULOT GLOBULAIRE            |                        | <input type="checkbox"/> CMV négatif              |
| <input type="checkbox"/> DON AUTOLOGUE               |                        | <input type="checkbox"/> Irradié                  |
| <input type="checkbox"/> DON DIRIGÉ                  |                        | <input type="checkbox"/> Hb S négatif (sick: neg) |
| <input type="checkbox"/> DON DÉSIGNÉ                 |                        | <input type="checkbox"/> Volume réduit            |
| <input type="checkbox"/> PLAQUETTES                  |                        | <input type="checkbox"/> Lavé                     |
| <input type="checkbox"/> CRYOPRÉCIPITÉS              |                        | <input type="checkbox"/> HLA compatible           |
| <input type="checkbox"/> SURNAGEANT DE CRYPRÉCIPITÉS |                        | <input type="checkbox"/> PLA2 (HPA-1b)            |
| <input type="checkbox"/> GRANULOCYTES                |                        | <input type="checkbox"/> Autre :                  |
| <input type="checkbox"/> PLASMA                      |                        |   |

Espace réservé à la banque de sang

## IDENTIFICATION DU PHLÉBOTOMISTE

J'ai prélevé un spécimen de sang de ce patient, j'ai vérifié la correspondance de son nom, prénom, # dossier/No ass. mal. inscrit sur le bracelet, la requête et l'étiquette sur le tube.

Prélevé(e) par \_\_\_\_\_

# employé ou licence MD : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

## IDENTIFICATION CONFIRMÉE PAR:

Patient &gt; 14 ans : \_\_\_\_\_ ou

Parent : \_\_\_\_\_ ou

Professionnel (2 ième) : \_\_\_\_\_

**Zones grises= information obligatoires**

**L'omission de compléter les informations obligatoires peut entraîner le non traitement du prélèvement sanguin.**

**La banque de sang avisera l'unité de soins de la nécessité de prélever un autre échantillon diagnostique.**

L'utilisation d'un tampon encreur est souhaitable pour l'identification du médecin requérant.

**1. Type de prélèvement**

| Analyse   | Tube bouchon*       | Quantité de sang                | Analyse  | Tube bouchon*                            | Quantité de sang                |
|---|---------------------|---------------------------------|--|--|---------------------------------|
| <b>Groupe ABO Rh</b>                                  | EDTA * lavande      | Pédiatrie: 3 ml<br>Adulte: 6 ml | <b>ÉPREUVE DE COMPATIBILITÉ (Cross match)</b>            | EDTA * lavande                           | Pédiatrie: 3 ml<br>Adulte: 6 ml |
|   | Tube à sérum* rouge | Néonatalogie: 1 ml              |  | Tube à sérum* rouge                      | Néonatalogie: 1 ml              |
| <b>CODE 50 (Groupe ABO Rh, recherche d'anticorps)</b> | EDTA * lavande      | Pédiatrie: 3 ml<br>Adulte: 6 ml | <b>PRÉLÈVEMENT SUITE À UNE RÉACTION TRANSFUSIONNELLE</b> | EDTA * lavande                           | > 10 Kg: 3 ml                   |
|   | Tube à sérum* rouge | Néonatalogie: ≥ 1 ml            |  | Tube à sérum* rouge                      | ≤10 Kg: 1 ml                    |
| <b>PHÉNOTYPE ÉRYTHROCYTAIRE</b>                       | EDTA * lavande      | Pédiatrie: 6 ml<br>Adulte: 6 ml | <b>AUTRE</b>   | Consulter la Banque de sang<br>Tel. 4640 |                                 |
|   | Tube à sérum* rouge | Néonatalogie: 2 ml              |  |  |                                 |

**ATTENTION:**

1. Les prélèvements effectués dans des micro-tubes sont refusés.
2. Les tubes EDTA coagulés sont refusés.
3. Tout autre type d'anticoagulant que l'EDTA est refusé.

**2. Analyses**

**CODE 50:** Inscrire la date et l'heure de prélèvement du CODE 50 au KARDEX.

**Définition:** Analyses pré-transfusionnelles (ABO, Rh, recherche d'anticorps irréguliers).  
Le code 50 n'inclut pas l'épreuve de compatibilité (Cross match)

**Validité:** Patient ≤ 4 mois: 168 heures (7 jours)  
Patient > 4 mois: 96 heures (4 jours)

**3. Typage HLA**

- Greffe de cellules hématopoïtiques (moelle, sang de cordon): remettre la requête de Banque de sang, F-1705, à l'infirmière coordonnatrice.
- Autre: En plus de la requête de Banque de sang, F-1705, un formulaire Héma-Québec doit être complété par le médecin requérant; celui-ci est disponible à la Banque de sang. Se référer au formulaire Héma-Québec pour le type et le volume de sang demandé. Acheminer le formulaire complété à la Banque de sang.

**4. Demande de produits sanguins labiles**

L'épreuve de compatibilité (Cross match) est fait lors de: demande de culots, don autologue, don dirigé, don désigné ou de granulocytes.  
Une demande de produits sanguins labiles est valide 24 heures. Au terme du 24 heures, cette demande sera annulée.  
Une nouvelle demande doit parvenir à la Banque de sang afin de conserver le produit labile réservé au patient.