

ADAMTS-13, CAS MICRO-ANGIOPATHIES THROMBOTIQUES
ADAMTS-13, CAS MICRO-ANGIOPATHIES THROMBOTIQUES

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

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____	Nom, Prénom :
Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Téléphone : _____ FAX : _____	# Dossier / # Ass. maladie :
MD requérant : _____ # Licence : _____	Date de naissance :
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	ou
Prélevé par: _____	Plaqueur carte
STAT <input type="checkbox"/>	

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES À JOINDRE AUX PRÉLÈVEMENTS

PATHOLOGIE SUSPECTÉE :

- » Purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT)
 Syndrome hémolytique et urémique (SHU) : Typique Atypique

ÉPISODE de micro-angiopathies thrombotiques antérieures: NON OUI préciser les dates : Année/mois/jour

CONDITIONS ASSOCIÉES :

- Grossesse Sem. Gross. _____ Cancer Infection Greffe
 Médicament Préciser : _____ Autres Préciser : _____

CONTEXTE CLINIQUE CORRESPONDANT À UNE PHASE AIGÛE :

- » Fièvre : NON OUI
 » Signes neurologiques : NON OUI Préciser : _____
 » Signes abdominaux : NON OUI Préciser : _____

PARAMÈTRES BIOLOGIQUES :

- » Anémie hémolytique : NON OUI
 » Thrombopénie : NON OUI

TRAITEMENT :

Moment du présent prélèvement par rapport au traitement : _____

Si traitement, lequel? : _____

MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT ET D'ENVOI DES ÉCHANTILLONS DE SANG

- Prélever un tube de sang veineux périphérique sur tube citraté 3,2% (0,109mM) de 4,5 ml.
Sauf cas particulier, avant tout traitement, notamment transfusion de plasma et/ou échange plasmatique.

N.B. NE PAS PRÉLEVER SUR EDTA OU SUR HÉPARINE.

- Centrifuger l'échantillon à 2500g ou plus, pendant 10 minutes, entre 18 et 25°C
 ➤ Décanter le plasma en plusieurs aliquotes (au moins 3) d'au moins 500µL chacune
 ➤ Congeler les aliquotes de plasma à -20°C ou moins, jusqu'à l'envoi qui sera effectué sur glace sèche
 ➤ **Toutes les aliquotes doivent être parfaitement identifiées (Nom, Prénom du patient, date de naissance, date et heure de prélèvement)**
 ➤ **Les aliquotes doivent être obligatoirement accompagnées du formulaire de renseignements cliniques (F-726)**

Sur le colis

- Inscrire l'adresse complète du laboratoire
 ➤ Inscrire l'hôpital et le laboratoire d'origine (vous)
 ➤ Inscrire le nombre d'échantillons que le colis contient
 ➤ Insérer les requêtes (F-726) dans un sac « ziploc » étanche dans un compartiment distinct des échantillons diagnostiques.

- **Envoyer les aliquotes sur glace sèche au laboratoire :** CHU Sainte-Justine
 Laboratoire d'hémostase, 2^e étage bloc 6, local 2610, A/S Anik Cormier
 3175, Côte Sainte-Catherine
 Montréal, QC, H3T 1C5

Information: 514 345-4931 #7170