ATTENTION: Zones grises obligatoires

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Université de Montréal

ETUDE D'ADAMTS-13, CAS MICRO-ANGIOPATHIES THROMBOTIQUES

ETUDE D'ADAMTS-13, CAS MICRO-ANGIOPATHIES THROMBOTIQUES

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931 poste 5681

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

Centre hospitalier : _____

Adresse: Numéro civique _____ Rue _____
Municipalité _____ Pays/Province _____
Code postal _____

Téléphone: _____ FAX: _____

MD Requérant : _____ # Licence : _____

Prélèvement fait: Date: _____ **Heure**_____
Année/mois/jour

Prélevé par: _____ **STAT** ☐

Identification du patient

Nom, Prénom :

Sexe : F ☐ M ☐

Dossier / # Ass. maladie :

Date de naissance :

ou

Plaquer carte

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES À JOINDRE AUX PRÉLÈVEMENTS

Répondre obligatoirement à l'ensemble de ces questions afin que nous puissions procéder aux analyses

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

PATHOLOGIES ASSOCIÉES :

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

CONTEXTE CLINIQUE CORRESPONDANT À UNE PHASE AIGUË :

» 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 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 ^{o}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)**
- **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

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.

ETUDE D'ADAMTS-13, CAS MICRO-ANGIOPATHIES THROMBOTIQUES