F-1705 # INV.: 3990783 (RÉV. 2025-02)

ATTENTION: Zones grises obligatoires

CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier universitaire mère-enfant
Université de Montréal
3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 4640

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 : _____
MD/Requérant : _____ Licence : _____
Prélèvement fait: Date: *Compléter le bas de page*
Prélevé par: *Compléter le bas de page*
Grossesse; Nb de semaines : _____ Poids : kg _____
Transfusions antérieures : ☐ OUI ☐ NON
Intervention : _____ Date : _____
☐ exsanguino ☐ cordocenthèse ☐ transf. Intra-utérine
SANG : ☐ veineux/artériel ☐ cordon* ☐ foetal ☐ Autre : _____
* Dans l'espace réservé à la banque de sang, identifier la mère : nom, prénom et # dossier.

Identification du patient ETIQUETTE OBLIGATOIRE
Nom, Prénom :
Sexe : F ☐ M ☐
Dossier ou # Ass. maladie :
Date de naissance :

Renseignement clinique: _____

DEMANDE D'ANALYSE

☐ Code 50 (ABO, Rh, RAI) : ☐ Urgent
☐ ABO/Rh
☐ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI)
☐ Test direct à l'antiglobuline (Coombs)
☐ Protocole Anti-D : ☐ mère ☐ nouveau-né
☐ Étude bi-directionnelle de compatibilité
☐ Autre, préciser : _____

Phénotypage : ☐ Complet ☐ Ag spécifique(s) : le(s) quel(s) : _____
☐ Étude de réaction transfusionnelle
☐ Titrage d'anticorps : le(s) quel(s) ? (si connu) : _____
☐ Titrage isohémaglutinines Anti-A / Anti-B
☐ Typage HLA/anticorps anti-HLA : Voir verso
☐ Envoi à Héma-Québec

DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABULES

Ce jour : Heure : _____ ☐ Mettre en réserve:
Date : _____ Heure : _____
☐ Urgent (délai de distribution ≤1 hr)
☐ Tranfusion en extrême urgence (sans épreuve de compatibilité)

PRODUIT	QUANTITÉ (NB OU ML)	DIRECTIVES MÉDICALES
☐ CULOT GLOBULAIRE		☐ CMV négatif
☐ PLASMA		☐ Irradié
☐ CRYOPRÉCIPITÉS		☐ Volume réduit
☐ PLAQUETTES		☐ HPA 5b-
☐ DON AUTOLOGUE		☐ HLA compatible
☐ GRANULOCYTES		☐ HPA-1a-
		☐ Autre :

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 > 14 ans : _____ ou
Parent : _____ ou
Conjoint/conjointe : _____ ou
Professionnel (2 ième) : _____

Recto/Verso

Zones grises = informations obligatoires

L'omission de complèter 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, si requis.
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
Groupe ABO Rh	EDTA lavande	Pédiatrie: 3 ml Adulte: 6 ml	**PRÉLÈVEMENT SUITE À UNE RÉACTION TRANSFUSIONNELLE**	EDTA lavande	> 10 Kg: 3 ml
	Tube à sérum rouge	Néonatalogie: ≥ 1 ml			
CODE 50 (Groupe ABO Rh, recherche d'anticorps)	EDTA lavande	Pédiatrie: 3 ml Adulte: 6 ml		Tube à sérum rouge	≤10 Kg: 1 ml
	Tube à sérum rouge	Néonatalogie: ≥ 1 ml	**AUTRE**	Consulter la Banque de sang Tel. 4640	
PHÉNOTYPE ÉRYTHROCYTAIRE	EDTA lavande	Pédiatrie: 3 ml Adulte: 6 ml			
	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).
Validité: Patient ≤ 4 mois: variable, à vérifier avec la banque de sang.
Patient > 4 mois: 96 heures (4 jours)

3. Typage HLA ou anticorps 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 faite lors de : demande de culots, don autologue 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.