N°travail LBM

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE – CH ARRAS

Boulevard Besnier – 62022 ARRAS cedex

☐ **URGENT***

Identité Patient

Nom usuel:

Prénom:

Nom de naissance:

Date de naissance:

Sexe:

UF / cachet du service

Prescripteur : ……

☐ Médecin ☐ Interne ☐ Sage-femme

Date et heure de prélèvement :

……. / ……/…….. à ……..h…….. min

Préleveur : Identité : ……..

Fonction : ☐ IDE ☐ SF ☐ Autre : ……

Signature obligatoire:

* ANALYSES A REALISER EN URGENCE

Pour prioriser les urgences, à remplir impérativement: ☐ **Transfusion imminente**

☐ **Intervention prévue à : …….. h**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

☐ **Grossesse en cours:** Préciser l'âge gestationnel …… S.A.

si injection d'anti-D (**Rhophylac®**) dans les 4 derniers mois: ☐ **date de la dernière injection:** …..../……../……

☐ **Transfusions antérieures** date de la dernière transfusion: ……/…..../……..

NB : Une double-population érythrocytaire due à une transfusion de CGR dans les 4 derniers mois <u>invalide</u> le groupage.

☐ **Antécédents d'allo-immunisation** (RAI+ avec allo-Ac) Spécificité(s) connue(s): Ac anti-……

☐ **Antécédents de réactions transfusionnelles**

- ***Pour les Nouveau-Nés, préciser l'identité complète de la mère:***

Nom usuel (marital) ……

Prénom ……

Nom de naissance ……

Date de naissance ……

EXAMENS DE BIOLOGIE MEDICALE : IMMUNO-HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE

☐ **Groupe ABO.RH1 et phénotype RH.KEL1**

☐ 1ère Détermination

☐ 2ème Détermination (ne sera réalisée que si contexte tranfusionnel avéré ☐) *(arrêté du 15 mai 2018)*

☐ Edition Carte de Groupe (les 2 déterminations doivent avoir été réalisées au CHA et sur 2 jours différents)

☐ **RAI Dépistage**

Si antécédents de RAI positive avec allo-anticorps : spécificité(s) connue(s) : ……..

☐ ***RAI Identification*** ☐ ***Titrage d'anticorps*** ☐ ***Dosage pondéral***

☐ **Coombs Direct** (= TDA = Test Direct à l'Antiglobuline)

☐ **Recherche et *Titrage* d'agglutinines froides** (Tubes à transmettre impérativement dans la valisette à 37°C)

☐ ***Recherche et Titrage d'anticorps immuns ABO:*** ☐ *Anti-A* ☐ *Anti-B*

☐ **Test de Kleihauer** (sur sang maternel) <u>Si Kleihauer urgent ☐, joindre le laboratoire pour prévenir de l'envoi</u>

☐ **Test de Kleihauer** (sur sang de cordon)