LBM GEST MULTISITES de l'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG GEST

85 - 87 BOULEVARD LOBAU - CS10720 - 54064 NANCY CEDEX

Site de Charleville Mézières : Tél. 03 24 57 71 38 - Fax 03 24 57 71 08 / **Site de Colmar** : Tél. 03 89 30 12 61 - Fax 03 89 30 12 62
Site de Metz Mercy : Tél. 03 87 65 02 40 - Fax 03 87 62 96 06 / **Site de Mulhouse** : Tél. 03 89 31 70 93 - Fax 03 89 31 70 81
Site de Nancy Brabois : Tél. 03 83 44 71 71 - Fax 03 83 44 71 73 / **Site de Nancy Lobau** : Tél. 03 83 17 65 86 - Fax 03 83 32 68 18
Site de Reims : Tél. 03 26 49 33 42 - Fax 03 26 05 86 62 / **Site de Strasbourg Hautepierre** : Tél. 03 88 12 71 78 - Fax 03 88 12 71 74
Site de Strasbourg Spielmann : Tél. 03 88 21 25 04 - Fax 03 88 21 25 43 / **Site de Troyes** : Tél. 03 25 75 97 58 - Fax 03 25 75 97 64
LBM GEST (accréditation N° 8-1717 ; liste des sites et portée consultable sur www.cofrac.fr)

DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES : LABORATOIRE D'IMMUNOHEMATOLOGIE

☐ DEMANDE URGENTE | MOTIF : ..... | DATE DE PRESCRIPTION : |__I__| __I__ | __I__I__I__

IDENTIFICATION DU PATIENT ***(OBLIGATOIRE)*** *(Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille)*

INS : _____ NIP : _____

N° Demande EFS
Coller l'étiquette CAB

NOM D'USAGE *(marital ou autre)* : _____

NOM DE NAISSANCE : _____

PRENOM : _____ SEXE : ☐ F ☐ H

DATE DE NAISSANCE : |__I__| __I__ | __I__I__I__ |

LIEU DE NAISSANCE : _____ DEPARTEMENT DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____ CP ET COMMUNE : _____

Pour les enfants de moins de 4 mois : Renseigner l'identité complète de la mère ci-dessous et joindre une copie du groupage sanguin et de la RAI

PRENOM : _____ NOM DE NAISSANCE : _____ DATE DE NAISSANCE : |__I__| __I__ | __I__I__I__ |

(Demande de tiers payant : joindre photocopie de la carte de Sécurité Sociale + feuille de soins signée par l'assuré(e) + ordonnance)

IDENTIFICATION DU PRECRIPTEUR ***(OBLIGATOIRE)*** *(Remplir sur chaque feuille)*

ETABLISSEMENT DE SOIN : _____ FAX : _____

UNITE FONCTIONNELLE : _____ TEL : _____

NOM, QUALITE DU PRESCRIPTEUR ET SIGNATURE *(Remplir en majuscule)* : _____

PRELEVEMENT ET IDENTIFICATION DU PRELEVEUR ***(OBLIGATOIRE)*** *(Remplir sur chaque feuille)*

DATE ET HEURE DU PRELEVEMENT : |__I__| __I__ | __I__I__I__ | |__I__|__I__|

NOM DU PRELEVEUR ET QUALITE : _____ N° PROFESSIONNEL/ADELI : _____

EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS - 1 tube EDTA 5 ml par analyse

☐ Groupe sanguin ABO - RH-KEL1
☐ Sous-groupe A1/A2
☐ Phénotype étendu
☐ Dépistage et/ou Identification d'anticorps irréguliers (RAI)
☐ Dosage pondéral
☐ Recherche d'anti-RH1 résiduel
☐ Sang veineux
☐ Sang de cordon
☐ Phénotype élargi
☐ Titrage d'Anticorps
☐ Épreuve de compatibilité nombre de CGR :

OBLIGATOIRE : Date de l'injection Anti- RH1 : |__I__| __I__ | __I__I__I__ | Dose : ☐ 200µg ☐ 300µg *(joindre un résultat de groupage)*

☐ Test de Kleihauer (*non réalisé par les sites alsaciens*)
☐ Epreuve directe à l'anti-globuline (Test de Coombs direct)
☐ Dépistage et titrage des anticorps anti-A, anti-B (1 tube EDTA supplémentaire)
☐ Dépistage et titrage d'agglutinines froides
☐ Elution
☐ Bilan d'incident transfusionnel (**appel impératif à l'EFS au préalable**)
☐ Prélèvement complémentaire à la demande de l'EFS (adsorption, génotypage, sous-traitance, etc.)

Renseignements cliniques succincts **Date prévue pour la transfusion** : |__I__| __I__ | __I__I__I__ |

- Contexte transfusionnel récent (moins de 4 mois) : ☐ OUI ☐ NON
- Grossesses en cours : ☐ OUI ☐ NON Date de début de grossesse : |__I__| __I__ | __I__I__I__ |
- Antécédent de greffe de moelle : ☐ OUI ☐ NON
- Drépanocytose : ☐ OUI ☐ NON
- Traitement par DARATUMUMAB (ou autre anti-CD38 ou anti-CD47) : ☐ OUI ☐ NON
- Autres informations pertinentes : _____

CADRE RESERVE A L'EFS *(Merci de ne rien inscrire dans cette partie)*

NOMBRE DE TUBES PRELEVES : EDTA : _____ AUTRE : _____ RECEPTIONNE PAR *(visa)* : _____

DEMANDE CONFORME : ☐ OUI ☐ NON DATE ET HEURE DE LA RECEPTION : *(Horodatage)*

En cas de question, appelez le laboratoire ou consulter notre manuel de prélèvement https://efs-ge.manuelprelevement.fr/