

Requête d'analyses pour sérologie et génotypage plaquettaire

REEMPLIR UNE REQUÊTE D'ANALYSES PAR INDIVIDU PRÉLEVÉ

Urgent (4 jours ouvrables) Dès que possible (14 jours ouvrables) Routine (60 jours ouvrables)

DEMANDEUR
Prescripteur
N° de permis
Établissement (nom complet)
Adresse
Téléphone et poste
Télécopieur

PATIENT(E) OU INDIVIDU PRÉLEVÉ	
Nom de famille	
Prenom	
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H
N° RAMQ	<input type="checkbox"/> Non disponible
N° dossier hôpital	
N° individu HQ	<input type="checkbox"/> Non disponible
Origine ethnique	<input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Caucasienne <input type="checkbox"/> Première nation <input type="checkbox"/> Noire <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Autre:
Groupe ABO	

DEMANDES D'EXAMEN		
Diagnostic non lié à la grossesse	Diagnostic lié à la grossesse	*ÉTUDE – IDENTIFICATION DE LA MÈRE
<input type="checkbox"/> État réfractaire aux transfusions plaquettaires <i>Joindre le résultat de typage HLA-A et -B connu au centre hospitalier</i>	Grossesse à risque élevé (GARE) <i>Inscrire la raison de l'envoi en commentaire</i>	Nom de famille
<input type="checkbox"/> Purpura post-transfusionnel (PPT)	<input type="checkbox"/> GARE – Mère	Prénom
<input type="checkbox"/> Purpura thrombopénique idiopathique (PTI)	<input type="checkbox"/> GARE – Étude* père	Date de naissance
<input type="checkbox"/> Œdème pulmonaire lésionnel post-transfusionnel (TRALI)	Thrombopénie néonatale (TNN) <i>(Aviser HQ, poste 6300)</i>	N° RAMQ <input type="checkbox"/> Non disponible
<input type="checkbox"/> Réaction transfusionnelle (RT)	<input type="checkbox"/> TNN – Mère	N° individu HQ <input type="checkbox"/> Non disponible
<input type="checkbox"/> Autre thrombopénie (préciser):	<input type="checkbox"/> TNN – Étude* père	Commentaires
	<input type="checkbox"/> Thrombopénie pendant la grossesse (TPG)	

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PATIENT(E)		<input type="checkbox"/> NON REQUIS SI ÉCHANTILLON DU PÈRE
Antécédents transfusionnels de produits plaquettaires <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnus <input type="checkbox"/> Oui Date (plus récente):	(joindre le bilan transfusionnel)	
Antécédents de grossesse (incluant fausses couches et avortements) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnus <input type="checkbox"/> Oui Nombre:	Grossesse en cours? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Nombre de semaines:	<input type="checkbox"/> Fœtus - Saignement intracrânien suspecté
TNN – État de santé du nouveau-né		
Date de la naissance	<input type="checkbox"/> Asymptomatique <input type="checkbox"/> Pétéchies <input type="checkbox"/> Ecchymose <input type="checkbox"/> Autres hémorragies:	
Décompte plaquettaire à la naissance (ou joindre l'historique): x 10 ⁹ /L	<input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Hépatosplénomégalie <input type="checkbox"/> Hypothermie <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Autre:	
Liste des produits et médicaments (ex.: IgIV, rituximab, globuline anti-thymocyte, WinRho, daratumumab, biotine ou dérivés, produits à base d'anticorps) Joindre la liste des médicaments		

PRÉLÈVEMENT			
Nature et Nombre	Rouge: EDTA: Frottis buccal: Autre (contacter HQ):		Réservé à Héma-Québec IND-00057
	Liquide amniotique ou cellules:		
Date prélèvement:	Heure prélèvement:	Date envoi:	



Requête d'analyses pour sérologie et génotypage plaquettaire

ÉCHANTILLONS REQUIS				
NATURE DU CAS	OBLIGATOIRE	OBLIGATOIRE	SELON LE DIAGNOSTIC	Identification des échantillons (Informations obligatoires sur chaque échantillon)
	Tube avec activateur de caillot sans gel séparateur (rouge)	Tube avec anticoagulant EDTA (lavande) Sang total	Autre	
GARE	Mère : 10 mL sang coagulé	Mère : 25 mL Père : 30 mL	Liquide amniotique : 20 mL	Nom et prénom de l'individu prélevé Numéro d'identification unique (ex. : date de naissance, n° RAMQ ou n° dossier) Date et heure de prélèvement Identité du préleveur (ex. : initiales)
TNN	Mère : 10 mL sang coagulé	Mère : 25 mL Père : 30 mL	S.O.	
TPG, état réfractaire, PPT, TRALI, RT, autre thrombopénie	10 mL sang coagulé	Selon la numération en globules blancs 1 – 2 x 10 ⁹ /L : 35 mL 2,1 – 30 x 10 ⁹ /L : 15 mL		
PTI	10 mL sang coagulé	10 mL sang coagulé	Frottis buccaux : < 1 x 10 ⁹ /L > 30 x 10 ⁹ /L	
PTI	10 mL sang coagulé	Selon la numération plaquettaire ≥ 20 x 10 ⁹ /L : 15 mL < 20 x 10 ⁹ /L : 35 mL	S.O.	
Entreposage avant l'expédition	Température ambiante	Température ambiante	Température ambiante	Se référer au manuel de prélèvement sur le site WEB :
Délai de validité de l'échantillon (maximum pour être reçu à Héma-Québec)	48 heures après le prélèvement	24 heures après le prélèvement	S.O.	https://www.hemaquebec.ca/professionnels-sante/services-laboratoire
Conditions d'expédition	Température ambiante	Température ambiante	Température ambiante	



ADRESSE D'EXPÉDITION

Immunologie leucoplaquettaire (Montréal) | 4300, rue Garand, Saint-Laurent (Québec) H4R 2A3



AUTRE

Joindre à l'envoi le ENR-00522 – Envoi des centres hospitaliers à Héma-Québec



CONTACT

Téléphone: (514) 832-5000 poste 6300/ Télécopieur: (514) 832-0271 | Heures d'ouverture: lundi au vendredi de 7 h à 21 h 30.

MODALITÉS

Garanties et responsabilités

Héma-Québec agira avec prudence et diligence dans l'exécution des analyses de biologie médicale effectuées à la demande d'un établissement. De plus, Héma-Québec n'assumera aucune responsabilité quant aux actions et aux décisions entreprises à la suite de l'obtention des résultats.

Confidentialité

Tous les renseignements personnels des patients doivent être recueillis, utilisés et communiqués par les parties conformément aux dispositions des lois et des règlements applicables, dont la Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux.

