

REQUÊTE DE PLAQUETTES HLA OU HPA COMPATIBLES

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE HOSPITALIER

Nom du centre hospitalier : _____ Date de la requête : _____
N° du centre hospitalier : _____ Numéro de la requête Traceline : _____
Médecin prescripteur : _____ #Permis : _____
Directeur médical de la banque de sang : _____

SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ # RAMQ : _____
Diagnostic : _____ ABO/Rh : _____

Nature de la demande

- État réfractaire transfusions de plaquettes (*Demande initiale*)(Section 3A et 4) Plaquettes HPA compatibles (Section 3B et 4)
 Modification d'une commande active (Section 4)
 Prolongation d'une commande active (Section 4)

SECTION 3 - ÉVALUATION INITIALE DU PATIENT

SECTION 3A - ÉTAT RÉFRACTAIRE AUX TRANSFUSIONS DE PLAQUETTES

Le patient présente-t-il un saignement actif? Oui Non
Numération plaquettaire la plus récente : _____ X10⁹/L Date (*maximum 7 jours*) : _____
Résultats de numération pour un état réfractaire aux transfusions de plaquettes isogroupes.
Date : _____ Numération plaquettaire pré-transfusion : _____ X10⁹/L 10-60 min post-transfusion : _____ X10⁹/L
Date : _____ Numération plaquettaire pré-transfusion : _____ X10⁹/L 10-60 min post-transfusion : _____ X10⁹/L
Des anticorps anti-HLA /anti-HPA ont-ils été détectés chez le patient au cours des 6 derniers mois? (*si > 6 mois, nouveaux tests requis*)
 Analyses en cours (*Si non fait, envoyer une requête d'analyse ENR-00555 et les échantillons au Laboratoire de Référence-Immunologie Plaquettaire*)
 Oui Le patient a été testé par Héma-Québec (*Résultats connus*)
 Le patient a été testé au Centre hospitalier (*Joindre les rapports de recherche d'anticorps anti-HLA et de typage HLA et envoyer une requête d'analyse ENR-00555 et les échantillons requis pour la recherche d'anticorps anti-HPA*)

SECTION 3B - PLAQUETTES HPA COMPATIBLES

- Transfusion intra-utérine **ou** nouveau-né à naître (*Documenter les renseignements au nom de la mère. Lors de la sélection du produit, un CMV négatif sera priorisé.*) Si le choix des groupes ABO doit être priorisé, l'indiquer ici : _____
 Nouveau-né (*Documenter les renseignements au nom de la mère à la section 2*) ABO/Rh du nouveau-né : _____
 Autres : _____

SECTION 3C - INFORMATIONS ADDITIONNELLES (*Justifier la sélection particulière de produit en fonction du portrait clinique du patient*)

SECTION 4 : RENSEIGNEMENT SUR LA COMMANDE

Besoin immédiat (*L'unité de plaquettes la plus compatible disponible en inventaire sera sélectionnée. Si le résultat d'identification des anticorps et de typage HLA/HPA sont inconnus ou en attente, une plaquette régulière sera distribuée.*)
et/ou Dès que possible ou transfusion planifiée (*Des donneurs compatibles seront contactés*) Durée du traitement : 4 sem. maximum
Nombre de produit(s) : _____ Fréquence : _____ Date début : _____ Date fin : _____
Jour de transfusion fixe (*facultatif*) L Ma Me J V S D
Plaquette irradiée par : Héma-Québec Centre hospitalier Raccordement stérile : Oui Non
Commentaires : _____

IMPORTANT : Les numérations plaquettaires pré et post (10-60 min) transfusion HLA compatible doivent être acheminées à Héma-Québec dans les 7 jours.

Héma-Québec (SCH) : Transmettre ce formulaire au Laboratoire de référence pour initiation du ENR-04148.