



Dpt. DIAGNOSTIQUE - Service de Médecine de Laboratoire
Laboratoire d'Immuno-Hématologie Transfusionnelle
Bâtiment des Laboratoires - 1er étage porte 9N-1-200.0
Tél. : 022 372 72 78/9 - @ : reception.lcst@hug.ch

PRESCRIPTEUR (hors HUG)

Établissement :
Service / Médecin :
Tél. :

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom :
Nom de jeune fille :
Prénom :
Sexe à la naissance :
Date de naissance :/...../.....

Merci de ne pas imprimer ce formulaire.
Formulaire de demande en plusieurs volets à commander impérativement auprès du LIHT (Tél : 022 372 72 78/79)

Timbre du prescrip
+ téléphone dire

space réservé au LIHT

Code tiers :

N° EDS :

par défaut

Autre :

Anamnèse complète OBLIGATOIRE : Ne pas renseigner si sans objet.

URGENCE : Oui

Transfusion ≤ 3 mois : Oui Inconnu

Informations complémentaires Pathologie / Traitement connu :
(ex : Daratumumab, Rhophylac®, hémopathie / hémoglobinopathie, etc.)

Motif :

Date : / /

Grossesse en cours : Oui

Prophylaxie anti-D : Oui Inconnu

Semaines d'aménorrhée :

Date d'injection : / /

Identité de la mère pour les nouveau-nés de moins de 4 mois :

Nom : Prénom : Date de naissance : / /

ANALYSES* : Date et heure du prélèvement : / / à h.....

Le LIHT se réserve le droit de ne pas traiter de demande si la situation clinique du patient ne le justifie pas.

<input type="radio"/> Groupe sanguin adulte et RAI	ABOD + Phénotype CcEeK si < 50 ans + Recherche d'Anticorps Irréguliers	Tube EDTA 6 mL
<input type="radio"/> Examen direct à l'antiglobuline (Coombs direct)	<input type="radio"/> Polyspécifique : IgG+C3d <input type="radio"/> Monospécifique : IgG-IgA-IgM-C3c-C3d	* Si le contexte clinique du patient le justifie <u>OU</u> si des produits sanguins doivent être distribués nominativement, des analyses complémentaires seront réalisées conformément aux recommandations nationales. ** Doit arriver au LIHT à une température la plus proche possible de la température corporelle, du lundi au vendredi de 7h à 19h. Appel au LIHT si urgence.
<input type="radio"/> Génotypage Rhésus D	PCR-SSP RhD variants courants	
<input type="radio"/> Recherche d'agglutinines froides**		
<input type="radio"/> Groupe sanguin nouveau-né ≤ 4 mois	ABOD + Phénotype CcEeK si < 50 ans + TDA polyspécifique	Tube EDTA 3 mL (Sang de cordon) Microtainer EDTA 0.5 mL (Veineux ou capillaire)
<input type="radio"/> Autre*** :		*** En accord avec le LIHT

PRODUITS SANGUINS LABILES : Indiquer les quantités dans les cases.

Attention : le FEUILLET VERT est à conserver. Les PSL ne seront délivrés que sur présentation de ce document. Appel obligatoire entre 22h et 7h.

<input type="checkbox"/> Concentré érythrocytaire (CE) <input type="radio"/> Irradié	<input type="checkbox"/> Tubulure <input type="checkbox"/> Kit Bed-Side	<input type="radio"/> EXTRÊME URGENCE <u>Les PSL seront délivrés même en l'absence de bilan immuno-hématologique à jour, sous la responsabilité du médecin prescripteur.</u> Appel obligatoire au LIHT
<input type="checkbox"/> Plasma Frais Congelé (PFC)		
<input type="checkbox"/> Concentré plaquettaire (CP)		

Date de délivrance souhaitée :/...../..... à h

En réserve au LIHT : CE PFC CP



En cas de commande, un autre formulaire est nécessaire.
Tests de compatibilité facturés.