

# Demande de génotypage RhD

Section A – Patient (renseignements requis)			
Nom de famille :		Prénom :	
Date de naissance : _____ aaaa/mm/jj	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	N° d'assurance-maladie :	N° d'hôpital :
Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Caucasien <input type="checkbox"/> Descendance africaine <input type="checkbox"/> Hispanique <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue			
Diagnostic clinique/condition(s) préexistante(s) :			
Antécédents transfusionnels : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Oui, date de la transfusion : _____ Transfusions continues requises? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Phénotype érythrocytaire (sérologie) :		Anticorps connus auparavant (allo-anticorps, auto-anticorps) :	
Greffe de cellules souches/moelle osseuse : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Autologue <input type="checkbox"/> Allogénique Date de la greffe :			

Section B – Analyses
Motif de la demande : <input type="checkbox"/> Analyses prénatales pour un phénotype RhD faible ou partiel <input type="checkbox"/> Confirmation d'un phénotype RhD faible ou partiel <input type="checkbox"/> Autre motif (préciser) : _____

Section C – Laboratoire d'origine		
Nom :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Courriel :	Tél. :	Fax :
Superviseur du laboratoire/médecin traitant :		

Section D – Information sur les échantillons
Date de prélèvement : _____ Date d'envoi : _____ aaaa/mm/jj aaaa/mm/jj
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soumettre un échantillon d'au minimum 2 ml de <b>sang total</b> EDTA (bouchon mauve).</li> <li>• Les échantillons <b>doivent être étiquetés</b> avec le nom du patient, un numéro d'identification unique (<b>pas la date de naissance</b>) et la date de prélèvement.</li> <li>• Le laboratoire de services diagnostiques d'Edmonton doit recevoir les échantillons <b>dans les 14 jours suivant le prélèvement</b>.</li> <li>• Avant d'envoyer un échantillon, aviser les Services diagnostiques en faxant la <i>Demande de génotypage RhD</i> dûment remplie au 780-431-8779.</li> <li>• Les demandes de nature générale doivent être adressées à <a href="mailto:genotyping.edm@blood.ca">genotyping.edm@blood.ca</a> ou par téléphone au 780-431-8765.</li> </ul>
<p>Envoyer à :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p><b>Société canadienne du sang</b> Diagnostic Services 8249 114 Street Edmonton AB T6G 2R8</p> </div>

FOR EDMONTON DIAGNOSTIC SERVICES USE ONLY:
<p>Sample label applied to genotyping sample log      Initials: _____</p>
Sample Label