

Patient (une étiquette peut être apposée)		Laboratoire d'origine	
NOM :	PRÉNOM :	Nom :	
		Adresse :	
N ^o d'assurance maladie provincial/ULI :		Téléphone :	Fax :
Numéro de l'hôpital :		Courriel :	
Date de naissance :	Sexe :	Médecin traitant :	
Diagnostic clinique et maladie(s) préexistante(s)			
Groupe ethnique	<input type="checkbox"/> Type 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"/> Inconnu		
Antigènes connus (Indiquez <i>allo</i> ou <i>auto</i> pour chacun)			
Phénotype érythrocytaire (sérologie)			
Antécédents transfusionnels	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Oui Si oui, date de la dernière transfusion : _____		Nombre d'unités transfusées :
Le patient a-t-il besoin de transfusions de façon continue?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Greffe de cellules souches/ moelle osseuse	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Autologue <input type="checkbox"/> Allogénique Date : _____		
Tests			
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) : _____		

Information sur les échantillons	
Date et heure du prélèvement :	
Mode de transport et heure de livraison prévue :	
<ul style="list-style-type: none"> • Soumettre un échantillon d'au minimum 2 ml de sang total EDTA (bouchon mauve). • Le laboratoire doit recevoir les échantillons dans les 14 jours suivant le prélèvement. • Envoyer une copie de toutes les feuilles de travail portant sur le typage RhD, y compris les résultats obtenus pour chacun des réactifs anti-D utilisés. • Avant d'envoyer un échantillon, aviser les Services diagnostiques en faxant la demande au 780-431-8779, en envoyant un courriel à genotyping.edm@blood.ca ou en composant le 780-431-8765. Chaque échantillon doit être accompagné d'une <i>Demande de génotypage RhD</i> dûment remplie. • Les demandes de nature générale doivent être adressées à genotyping.edm@blood.ca. 	
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION	
Sample label applied to genotyping testing log	Initial: _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;">Canadian Blood Services Label</div>	