

Demande de génotypage sanguin (patient)
Laboratoire d'immunohématologie national de référence (LINR)



SECTION A – PATIENT (RENSEIGNEMENTS REQUIS)				
Nom de famille :		Prénom :		Deuxième prénom :
N° d'assurance-maladie :	N° de dossier médical :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance : _____ aaaa/mm/jj
Origine ethnique : <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Latino-Américain <input type="checkbox"/> Sud-Asiatique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue				
Diagnostic clinique : Conditions préexistantes :				Faible taux de leucocytes? ($<4 \times 10^9/l$) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ABO : _____ Rh : _____ Phénotype érythrocytaire (sérologie) : _____ <input type="checkbox"/> Joindre le rapport du SIL (LIS)				
Réaction transfusionnelle? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Transfusions continues requises? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Greffe? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Info. inconnue Type : <input type="checkbox"/> Moelle osseuse (cellules souches) <input type="checkbox"/> Organe plein <input type="checkbox"/> Autre : _____ Date de la greffe : _____ (Voir note à la page 2)				
Échantillon Date de prélèvement : _____ Date d'envoi : _____				

SECTION B – ANALYSES
Le LINR a-t-il déjà effectué des analyses pour ce patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anticorps sériques (allo-anticorps, auto-anticorps) : _____
Motif de la demande :
<input type="checkbox"/> Prédiction du phénotype érythrocytaire de patients récemment transfusés
<input type="checkbox"/> Test direct à l'antiglobuline (TDA) positif/anémie hémolytique auto-immune
<input type="checkbox"/> Identification d'un anticorps complexe et/ou distinction entre allo-anticorps et auto-anticorps
<input type="checkbox"/> Confirmation d'un phénotype rare
<input type="checkbox"/> Autre motif (préciser) : _____
Analyses requises :
<input type="checkbox"/> RhCE, Kell, Duffy, Kidd et MNS, Diego, Dombrock (y compris Hy et Jo), Colton et Cartwright

SECTION C – DEMANDEUR	
Nom :	Établissement :
Adresse :	
Tél. :	Commentaires :
Fax :	
Courriel :	
Superviseur du laboratoire/médecin traitant : _____ Signature : _____ Lettres moulées	

SECTION D – FOR NIRL USE ONLY	
Date and Time Received: _____	CBS Sample Number: <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: inline-block;"></div>
Receiver Initials: _____	
Volume of EDTA Received: _____ mL	

Demande de génotypage sanguin (patient)
Laboratoire d'immunohématologie national de référence (LINR)



Société
canadienne
du sang

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

Critères pour l'échantillon :

Remarque – Si le patient a déjà eu une greffe de moelle osseuse (ou cellules souches), veuillez fournir les coordonnées nécessaires pour consulter le spécialiste en médecine transfusionnelle avant le génotypage.

Type	EDTA – sang total
Volume	de 2 à 7 ml
Doit être reçu au LINR	n'importe quand
Stabilité et température	emballage et transport entre 2 °C et 25 °C, dans les 14 jours suivant le prélèvement

Envoyer une copie de toutes les feuilles de travail :

- Résultats de tous les phénotypages (joindre le rapport SIL)
- Autres examens connexes

Si la livraison des échantillons est prévue en dehors des heures normales d'ouverture, en informer le LINR, qui prendra alors les dispositions nécessaires.

L'étiquette ou les étiquettes de l'échantillon doivent indiquer les deux identifiants suivants :

1.	Nom complet
2.	N° d'identification (n° d'assurance-maladie)

Si le n° d'assurance-maladie n'est pas disponible, le n° de dossier médical ou le n° d'hôpital peut être accepté.

Procédure à suivre pour l'envoi des échantillons :

a)	Dûment remplir le présent formulaire pour chaque échantillon.
b)	Emballer les échantillons de façon sécuritaire pour éviter tout dommage ou déversement.
c)	Si les échantillons ne peuvent pas être livrés le même jour, utiliser un gel réfrigérant d'une température comprise entre 2 °C et 6 °C. En cas de conditions hivernales extrêmes, utiliser un gel réfrigérant à température ambiante.
d)	Informez le laboratoire de l'envoi des échantillons et fournissez le numéro du bordereau de transport, le cas échéant. (Voir adresses d'expédition ci-dessous.)

NE PAS UTILISER DE GLACE CARBONIQUE NI DE BLOC RÉFRIGÉRANT.

Adresse de livraison :

Société canadienne du sang
Laboratoire d'immunohématologie national de référence (LINR)
100 PROM PARKSHORE
BRAMPTON ON L6T 5M1

Si un échantillon est jugé insatisfaisant, on demandera à l'établissement qui l'a expédié d'autoriser son élimination et d'expédier un nouvel échantillon.

Renseignements :

Société canadienne du sang
Laboratoire d'immunohématologie national de référence (LINR)
Tél. : 905-494-5295
Fax : 905-494-8131
Heures d'ouverture : du lundi au vendredi, de 7 h à 15 h, HNE