

Demande de dosage de l'IgA et de l'anti-IgA pour un patient

PARTIE A : PATIENT			
Nom :	Prénom :	Sexe :	Date de naissance : _____ (aaaa-mm-jj)
		Masc. <input type="checkbox"/> Fém. <input type="checkbox"/>	
N° d'identification :	Date du prélèvement : _____ (aaaa-mm-jj)		

PARTIE B : MOTIF ET ORIGINE DE LA DEMANDE		
MOTIF	Analyses requises	
1. Réaction transfusionnelle <input type="checkbox"/> Anaphylactique <input type="checkbox"/> Autre _____	IgA Anti-IgA	Hôpital : _____ Ville : _____ Médecin : _____ Tél. : _____
2. Transfusion → Date : _____ <input type="checkbox"/> Patient ayant un faible taux d'IgA ou un déficit (administration de composants sanguins ou de protéines plasmatiques)	Anti-IgA	
3. <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ _____		

PARTIE C : ÉCHANTILLON		
<p>Au moins 2 ml de SÉRUM séparé. Envelopper les bouchons de Parafilm.</p> <p>Inscrire sur l'échantillon le nom du patient, sa date de naissance, son n° d'identification et la date du prélèvement. L'échantillon DOIT ÊTRE transporté CONGELÉ avec de la GLACE SÈCHE jusqu'à l'établissement local de la Société canadienne du sang.</p>		
Préparateur : _____	Date de préparation : _____ (aaaa-mm-jj)	Date d'expédition : _____ (aaaa-mm-jj)
Canadian Blood Services Site: _____	Packed by: _____	Date: _____ (yyyy-mm-dd)

Canadian Blood Services Site Medical Officer/Designate Review: _____	Date: _____
--	-------------

PART D: FOR BRAMPTON USE ONLY				
Sample Received at Brampton (Date/Initial)	Sample Aliquotted (Date/Initial)	Sample Shipped to Referral Lab (Date/Initial)	Report Received (Date/Initial)	Report Sent (Date/Initial)