

Patient (une étiquette peut être apposée)		Laboratoire d'origine	
NOM :	PRÉNOM :	Nom :	
		Adresse :	
N <sup>o</sup> 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 : _____		
<b>Tests</b>			
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"> <li>• Soumettre un échantillon d'au minimum 2 ml de <b>sang total</b> EDTA (bouchon mauve).</li> <li>• Le laboratoire doit recevoir les échantillons <b>dans les 14 jours suivant le prélèvement.</b></li> <li>• 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.</li> <li>• Avant d'envoyer un échantillon, aviser les Services diagnostiques en faxant la demande au 780-431-8779, en envoyant un courriel à <a href="mailto:genotyping.edm@blood.ca">genotyping.edm@blood.ca</a> ou en composant le 780-431-8765. Chaque échantillon doit être accompagné d'une <i>Demande de génotypage RhD</i> dûment remplie.</li> <li>• Les demandes de nature générale doivent être adressées à <a href="mailto:genotyping.edm@blood.ca">genotyping.edm@blood.ca</a>.</li> </ul>	
<b>RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION</b>	
Sample label applied to genotyping testing log	Initial: _____
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Canadian Blood Services Label</div>	