



**Commande de produits sanguins
Service Régional Neuchâtelois et
Jurassien de Transfusion Sanguine
Unité de Médecine Transfusionnelle**

Sophie-Mairet 29, 2301 La Chaux-de-Fonds
Tél. 032 967 20 44 / Garde 032 967 20 41 / Fax 032 967 20 39
e-mail: srnjts.cx@ne.ch site internet: www.srnjts.ch

Timbre du médecin / Hôpital / Site

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Sexe : M F

Adresse :

NPA/Localité :

Date et heure du prélèvement :

Centrale commune de ramassage d'échantillons SRNJTS / ADMED Microbiologie-Laboratoires-Pathologie tél. 032 967 20 33

Renseignements cliniques / Remarques :

Réservé au SRNJTS



Copie des résultats à (nom, prénom, adresse complète) :

Rapport par : courrier fax : téléphone :

Les codes entre parenthèses (1-3) se rapportent aux types de prélèvement.
La dernière édition en ligne du Vade-mecum fait partie intégrante de la demande d'examen.

DOSSIER TRANSFUSIONNEL

Groupe sanguin si connu : Anticorps connus :
Phénotype Rhésus et Kell si connu :
Date de la dernière transfusion : Grossesse :
En cas de grossesse, la patiente a-t-elle reçu des immunoglobulines anti-D et si oui, quand :

ANALYSES IMMUNO-HEMATOLOGIQUES LIEES A UNE TRANSFUSION	TYPES DE PRELEVEMENT
<input type="checkbox"/> GR Groupe sanguin et facteur Rhésus (2)	1 Tube EDTA (minimum 7.5 ml)
<input type="checkbox"/> TS/TC Test pré-transfusionnel (1) soit Type & Screen et/ ou Test de Compatibilité validité 72 h, jour de prélèvement compris	2 Tube EDTA (minimum 2.7 ml)
<input type="checkbox"/> SERO Tube en réserve au laboratoire pour commande ultérieure (1) validité 72 h	3 2 tubes EDTA 7.5 ml
<input type="checkbox"/> PHENOK Phénotype Rhésus Kell (2)	
AUTRES ANALYSES IMMUNO-HEMATOLOGIQUES	Bébés : 2 prélèvements capillaires sur microtube EDTA par type d'analyse
<input type="checkbox"/> COOMBS Test direct à l'antiglobuline (Coombs) (2)	
<input type="checkbox"/> RAI Recherche d'anticorps irréguliers (1)	
<input type="checkbox"/> IRT Investigation après incident transfusionnel (3)	Sang du cordon : EDTA 7.5 ml

COMMANDE DE PRODUITS SANGUINS

Nb unités Produits

..... Concentré érythrocytaire (CE) Produit irradié

..... Plasma frais congelé (PFC)

..... Concentré unitaire de plaquettes (CUP)
Nombre de plaquettes du receveur : Poids corporel du receveur :

Transfusion prévue le (indiquer la date et l'heure) :

A livrer à (si différent du lieu de commande) :

Livraison immédiate sans test pré-transfusionnel (la responsabilité du laboratoire n'est pas engagée).

Signature du médecin prescripteur obligatoire :

Médecin prescripteur : Visa infirmier obligatoire :

Selon les directives T-CH CRS :

Les demandes incomplètes ou mal remplies ne seront pas traitées; les tubes non identifiés et les demandes liées ne seront pas traités.
Tous les produits sortant des lieux de stockage contrôlés par le laboratoire ne seront pas repris, sauf contrat signé entre le SRNJTS et l'institution du demandeur.
Tous les CUP délivrés, ainsi que les PFC décongelés non transfusés seront facturés.
L'information professionnelle de CERUS est à disposition sur demande au SRNJTS.

Commande de matériel

- Formulaires de commandes
- Tubes + protections
- Enveloppes d'expédition