

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>																							

Marquer les cases d'un trait noir:  
 juste  faux



Unité de médecine transfusionnelle  
 CHUV BH18-606 / 1011 Lausanne  
**Ligne d'urgence 021 31 44201**  
 Tél interne CHUV 46567  
 Tél pour labo ext 079 55 62486  
 Fax 021 31 46597  
**PP 07: BH05-MAT-MINK-OTP**  
**PP 549: Grand réseau**  
 E-mail: [umt.urgences@chuv.ch](mailto:umt.urgences@chuv.ch)  
<http://www.itransfusion.ch>

**Patient**

Nom: .....  
 Prénom: .....  
 Sexe: .....  
 Date de naissance complète: .....  
 Adresse complète: .....  
 N° postal / Localité: .....

Etiquette code barres pour le CHUV



**Date et heure du prélèvement indispensables**

Jour: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Mois: 

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.: 

15	30	45
----	----	----

V/réf.: .....

**Facture:**

Patient  Demandeur

**DEMANDEUR (à remplir obligatoirement)**

Médecin / établissement: .....  
 Adresse: .....  
 Tél et fax: .....

**Copie(s) du résultat à (adresse exacte et complète)**

Nom du médecin: .....  
 Service, adresse: .....  
 Localité: .....

**Obligatoire pour le CHUV :** nom, prénom et n° de tél. ayant effectué le prélèvement et la commande

prélèvement artériel/veineux  sang de cordon  sang capillaire bébé

**Analyses immunohématologiques**

**Programme opératoire, date et heure:** .....

Tests pré-transfusionnels (Type & Screen = groupes ABO/RhD + Ac + TDA) ①

Suivi de grossesse, **date injection anti-D:** ..... (groupes ABO/RhD + Ac +/- titre)

Groupes ABO/RhD

Phénotype Rhésus et Kell

Recherche d'anticorps anti-érythrocytaires

Test direct à l'antiglobuline (=TDA), dépistage

**A réaliser en urgence**

Test direct à l'antiglobuline, spécificités (IgA, IgM, IgG, C3d)

Éluion (groupes ABO/RhD + Ac + TDA + éluion)

Investigation réaction transfusionnelle ③

Recherche d'agglutinines froides ②

Bilan d'hémolyse ②, **motivation:** ..... (Ac + TDA + dépistage agglutinines froides)

Phénotype érythrocytaire étendu, **motivation:** .....

Génotypage érythrocytaire ④

① Si aucune détermination des groupes ABO/RhD n'a été réalisée par l'UMT, prélever 2 tubes indépendamment l'un de l'autre et joindre un bon par tube. Une carte de groupe peut remplacer le 2<sup>e</sup> tube. La validité des tests est de **4 jours** (J1 = date du prélèvement). Pour un enfant de < 3 mois les tests sont valides jusqu'à l'âge de 3 mois.

Tubes à prélever :

**Enfant de 0 à < 3 mois :** 1 Microtube 0.5 ml EDTA-K + sang maternel 1 tube 4.9 ml EDTA-K  
**Enfant de 3 mois à < 16 ans :** 1 tube 2.6 ml EDTA-K (+ 1 tube 1.2 ml EDTA-K si groupe non connu)  
**Dès 16 ans :** 1 tube 4.9 ml EDTA-K (+ 1 tube 4.9 ml EDTA-K si groupe non connu)

- ② Prélever 2 tubes 4.9 ml EDTA-K: **ne pas mettre au frigo**, amener les tubes rapidement au laboratoire ou **décanner un des tubes à 37°C**
- ③ Voir informations au verso
- ④ Tube 4.9 ml EDTA-K. Analyse sous-traitée au laboratoire de référence IRB SRK Berne

**En cas de discordance d'identité entre le tube et le bon de commande ou en cas de tube incomplètement identifié, l'échantillon ne sera pas traité.** Pour plus d'information, se référer au fichier des examens sur le site intranet du CHUV ou consulter le site internet [www.itransfusion.ch](http://www.itransfusion.ch)  
 Le formulaire de commande des produits sanguins se trouve au verso.



## Commande de produits sanguins

### Concentrés érythrocytaires (CE)

Nombre CE .....

Qualificatif(s) particulier(s)

- CMV négatif       irradié       phéno large compatible  
 pédiatrique sur demande       pour transfusion foetale       déplasmatisé  
jours ouvrables, délai 30 min

### Commande pour transfusion

Délai souhaité :  en urgence (< 60 min)     Transfusion ambulatoire     Transfusion le, date et heure: .....

### Commande de type T&S - commande préopératoire

**Remarque: Si le groupe sanguin est confirmé et si le screen date de moins de 4j (J1 = date du prélèvement), les CE commandés sont délivrés dans les 15 minutes, sur demande. En cas de screen positif (anticorps irréguliers décelables ou connus), les CE commandés sont préparés et gardés à l'UMT; ils sont délivrés dans les 15 minutes, sur demande.**

date de l'intervention : .....     à préparer et à délivrer au bloc op (nbre selon listing)     Nombre CE .....

### CE non testés pour transfusion en urgence vitale

Nombre CE .....

Sous la responsabilité du médecin prescripteur.

Contactez immédiatement l'UMT (tél 44201). Prélever 1 tube (ou 2 tubes si groupes non connus) AVANT transfusion

CE livrable en moins de 15 minutes après réception des échantillons. Les tests pré-transfusionnels seront complétés après la livraison

n° tél + signature **obligatoires** du médecin prescripteur .....

### Plasmas frais congelés (PFC)

Nombre .....

- A décongeler par le laboratoire UMT  
 Elective planifiée pour, **date et heure:** .....

Pour la livraison nominative de PFC, une double détermination des groupes ABO/RhD par l'UMT (=groupes confirmés) suffit.

### Concentrés plaquettaire inactivés (CP)

- CP adulte (> 2.4x10<sup>11</sup> plq = 5U)      Nombre .....
- 1/2 CP adulte (> 1.2x10<sup>11</sup> plq = 2.5U)      Nombre .....
- CP pédiatrique (> 0.6x10<sup>11</sup> plq = 1.2U)      Nombre .....

Elective planifiée pour, **date et heure:** .....

Qualificatif(s) particulier(s) :  HLA/HPA compatible     déplasmatisé     autre: .....

Nom + n° tél du médecin, renseignements cliniques et numération plaquettaire **obligatoires**

Pour la livraison nominative de CP, une double détermination des groupes ABO/RhD par l'UMT (=groupes confirmés) suffit.

### Protocole de Transfusion Massive (procédure interne CHUV) **PP UMT 07**

Nom du médecin responsable + n° tél du soignant responsable logistique du protocole

### Demandeur externe

Coordonnées (tampon)

### Coordonnées du patient (livraison nominative)

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Rue .....

NPA et localité .....

**Livraison**     par taxi     vient chercher

**Facture**     Patient     Demandeur

### ③ Procédure en cas de réaction transfusionnelle

- CHUV** - tél immédiatement à l'UMT (ligne d'urgence 44201)
  - annonce de l'incident via RECI
  - apporter à l'UMT: - 1 tube 4.9 ml EDTA-K prélevé chez le patient (en cas de réaction sur CE)
    - le(s) produit(s) sanguin(s) concerné(s) (clamp fermé et tubulure bouchée)
    - un bon de microbiologie
    - un set d'étiquettes du patient
- Autre établissement**
  - contacter immédiatement l'UMT (ligne d'urgence 021 314 42 01)
  - adresser un tube 4.9 ml EDTA-K du patient et un segment du CE si les tests pré-transfusionnels et la livraison du produit ont été effectués par l'UMT