

Réservé au laboratoire



020050110010

**FORMULAIRE 6**

Av. Vinet 30                      Tél. 021 641 32 44  
 1004 Lausanne                  Fax. 021 641 32 49  
 laboratoire@lasource.ch      www.lasource.ch  
 Tél. labo Immunohématologie: 021 641 31 65

Médecin demandeur/  
 prescripteur+service

Copie(s)

Nom \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  F  M  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 NPA \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Nb de tubes EDTA reçu : \_\_\_\_\_  
 Visas laboratoire \_\_\_\_\_  
 Introduction \_\_\_\_\_ étiquette \_\_\_\_\_

Date de prélèvement \_\_\_\_\_ Heure de prélèvement \_\_\_\_\_ Initiales du préleveur \_\_\_\_\_

**FICHE DE DEMANDE D'ANALYSES - IMMUNO-HEMATOLOGIE**

Prélèvement Veineux / Artériel (1 EDTA 7,5 ml ou 2 tubes si anticorps connus)  Sang capillaire bébé  Sang de cordon (veineux ou artériel)

**Analyses Immuno-hématologiques**

- Groupe sanguin 1ère détermination (groupe ABO/RhD + Ac + TDA)
- Groupe sanguin 2ème détermination (contacter le laboratoire si patient déjà connu pour 1 ou plusieurs déterminations)
- Groupe sanguin avec délai des tests prétransfusionnels dépassés (72 heures) (contacter le laboratoire si besoin au 3165 ou 3944)
- Coombs direct / Test direct à l'antiglobuline (TDA), dépistage
- Prophylaxie anti-D**  OUI \*  NON  ne sais pas \* Date injection anti-D : .....  Semaines de grossesse: .....

**Prescription et commande de produits sanguins (PSL)**

- Transfusion en Urgence (<60 minutes)
- Transfusion prévue le ..... à .....  Opération prévue le ..... à .....
- Patient averti  OUI  NON
- Nom et signature lisible du médecin demandeur:.....  
 Tout ordre téléphonique par le médecin doit être fait au service de soins ET au laboratoire
- Ordre médical écrit et signé par le médecin prescripteur  
 Nom et signature lisible de l'infirmier-ère qui a relevé l'ordre:.....

Concentrés érythrocytaires (CE)  CE à irradier                      Nombre: .....

Plasma frais congelé (PFC)                      (A décongeler au service des soins intensifs)                      Nombre: .....

Concentrés plaquettaires (CP)                      (CP adulte = 5 U)                      (1/2 CP adulte = 2,5 U)                      Nombre: .....

**Réception de commande de produits sanguins (PSL)**

Demande d'ordre reçue: date.....heure.....  
 Nom et signature de le/la TAB:.....

**Prélèvement**

Si aucune détermination de Groupe sanguin complet n'a été réalisé au laboratoire de La Clinique de La Source (CLS),  
**prélever 2 tubes indépendamment l'un de l'autre par 2 personnes et joindre un bon par tube.**  
 La validité des tests est de 72 heures, passé ce délai, une nouvelle prise de sang est nécessaire.  
 En cas de discordance d'identité entre le tube et le bon de demande ou échantillon/bon incomplet la demande ne sera pas traitée

Médecin prescripteur / Services de soins

V10 FO-12-1.0-006 Version D

Informations importantes  
 Powered by Mediainform de