



REQUETE DE BANQUE DE SANG C-000000

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches



URGENCE HDL

- Aire de choc
 Aire ambulatoire _____
 Aire A / B / C / D
 Autre _____

- UME
 SALLE D'OPÉRATION

SITE CENTRE PAUL-GILBERT

- Urgence CP

CLSC : _____
(Spécifier)

pour Onco

CP2

pour Cl. Pré-op

pour Onco

autre _____
(Spécifier)

WinRho® à prévoir

Préciser le CLSC pour administration

Autre : _____
(Préciser)

Nom: _____

Prénom: _____

Dossier ou NAM: _____

Sexe M F Date de naissance Année Mois Jour

Diagnostic: _____



NOM et PRÉNOM du prescripteur

Prélevé par (*Signature lisible*) _____ Date _____ et Heure _____

Se référer au verso pour connaître les critères de conformité

Demande d'analyse(s)

- ABO/Rh sur sang de cordon Inklus TDA (Test direct à l'antiglobuline → Coombs direct)
 Typage-Dépistage (Gr. sanguin ABO/Rh + Recherche d'anticorps irréguliers → Coombs indirect)
 Pré-op date prévue _____
 Suivi de grossesse _____ semaines
 TDA (Test direct à l'antiglobuline → Coombs direct)
 Titrage d'anticorps: Anti-_____ (nom de l'anticorps à titrer)

- Dosage des agglutinines froides
☞ Communiquer avec BDS **avant de prélever**
 Étude de réaction transfusionnelle
☞ Compléter le formulaire AH-520
 Typage HLA (en vue d'une demande de plaquettes HLA compatibles)
☞ Demander formulaire d'Héma-Québec à la BDS
 Fragilité osmotique
☞ Témoin requis → Communiquer avec BDS avant de prélever

Demande de produit(s) sanguin(s)

Urgent En réserve Pour administrer le _____

Indication: _____ Poids: _____ kg **Vérfié par:** _____

☞ **NOM ET PRÉNOM du prescripteur de produit(s) sanguin(s)** _____

Produits labiles

Directives prescrites et/ou requises:

- CMV négatif
 Irradié
 Plaquettes HLA compatibles

Cochez le produit requis et précisez la quantité prescrite

- Culot(s) _____
 Plaquettes (1 dose = 5 concentrés) _____ dose
Pédiatrie → spécifier le nbre de mL de plaquettes requis _____ mL
 Plasma 500 mL _____ mL
 ≈ 250 mL _____ mL
 Cryoprécipités _____

Produits stables

- Albumines 25% _____ (format 100 mL)
 Albumines 5% _____ (format 250 mL)
 Ig anti-D (WinRho) en µg (120 ou 300) _____
 Ig intraveineuses (IgIV) en g/kg _____ } Dose totale calculée
 Ig sous cutanées (IgSC) en g/kg _____ } _____ X _____
Nbre de g jrs
 Complexe prothrombinique _____
(ex: Beriplex)
 Gel hémostatique _____
(ex: Floseal)
 Colle de fibrine en mL _____ } Prise lente
} Prise rapide

Autre produit sanguin labile ou stable non listé _____

À l'usager du laboratoire

→ Usager onco / Usager hémodialyse Vérification faite par: _____
(Initiales)

ST Connu → Nom de l'établissement: _____ GS _____ Anticorp(s) connu(s) _____
 Non connu Directive(s) _____

→ 2^{ème} détermination émise Hb : _____ INR: _____ Compatibilité CE _____
Plaquettes: _____ CCR _____

BANQUE DE SANG

F04-77 (Rev 2014-03)

Nom _____ Dossier/RAMQ _____ Initiales _____
(ou date de naissance)

C-000000 Date et heure _____ **C-000000** Date et heure _____ **C-000000** Date et heure _____



Double Identification des spécimens de laboratoire

Requête papier	Étiquette du spécimen
<ul style="list-style-type: none">• Nom et prénom complet de l'usager• Date de naissance <u>et</u> RAMQ• Localisation de l'usager^③• Date et heure du prélèvement• Nom et prénom du préleveur• Nom, prénom et coordonnées du médecin^④• Analyses requises	<ul style="list-style-type: none">• Nom et prénom complet^①• Numéro d'identification personnalisé* (date de naissance ou RAMQ)^② <p>Banque de sang : en plus des informations ci-haut</p> <ul style="list-style-type: none">• Initiales du préleveur• Date du prélèvement
<p>① ② Critères de double identification qui doivent apparaître <u>sur la requête et sur l'étiquette</u> de prélèvement pour tous les spécimens. Une information absente ou discordante amène le rejet automatique du spécimen</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Privilégier le RAMQ et la date de naissance. * Si le numéro de dossier est utilisé, il doit apparaître sur l'étiquette <u>et</u> sur la requête➤ Les renseignements fournis doivent concorder entre le formulaire-papier et le spécimen pour la double identification <p>③ Unités de soins, cliniques, centre préleveur avec adresse complète</p> <p>④ Nom, prénom, numéro de permis et adresse complète du médecin</p>	