

# DEMANDE D'EXAMEN IMMUNOLOGIE PLAQUETTAIRE HPA

<b>LBM ETS HFNO Site de Caen</b>		
1 rue du Pr Joseph Rousselot – 14000 Caen	Tél : 02.31.53.53.20/23 - Fax : 02.31.53.53.19	
Manuel de prélèvement du Laboratoire sur Internet : <a href="http://www.efs.sante.fr/les-etablissements-regionaux">www.efs.sante.fr/les-etablissements-regionaux</a> : Hauts de France-Normandie	<b>Réservé au laboratoire</b> Numéro échantillon ( <i>coller l'étiquette code-barres</i> ) : ..... Réception / horodatage : .....	
<b>Identité du patient</b>	<b>Prescripteur</b>	
<i>(coller une étiquette ou renseigner)</i> Nom de naissance : ..... Nom marital ou d'usage : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ___/___/_____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> I N° identifiant unique : .....	Etablissement ou LBM : ..... Service ou adresse : ..... Code service (UF/UA/UH) : ..... Téléphone : ..... Nom du prescripteur : ..... Qualité : ..... Date de prescription : ___/___/_____ Signature : .....	
<b>Urgence <input type="checkbox"/></b>	<b>Prélèvement</b>	
Préciser impérativement le motif de l'urgence ..... ..... Résultats à communiquer : <input type="checkbox"/> Par FAX N° : .....	Date de prélèvement : ___/___/_____ Heure : .....H ..... Nom du préleveur : ..... Qualité : <input type="checkbox"/> technicien <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> IADE <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Biologiste <input type="checkbox"/> EIDE <input type="checkbox"/> Sage-femme <input type="checkbox"/> Interne Signature : .....	
<b>EXAMENS DEMANDÉS</b>		
<b>Joindre OBLIGATOIREMENT un consentement éclairé pour Typage HPA (art.R.1131 Code Santé Publique)</b>		
<b>EXPLORATION D'INCOMPATIBILITE FOETO-MATERNELLE/ THROMBOPENIE NEONATALE</b>	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b> Suivi de grossesse : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON DDG : ___/___/_____ Contexte : <input type="checkbox"/> Fausse-couche <input type="checkbox"/> Mort in-utero <input type="checkbox"/> Hémorragie intracrânienne <input type="checkbox"/> Thrombopénie néonatale <input type="checkbox"/> Autre : ..... Nom de l'enfant : ..... Numération plaquettaire : ..... G/L Nom de la mère : ..... Nom du père : ..... Enfant : <input type="checkbox"/> Typage HPA <span style="float: right;">minimum 1 ml tube EDTA </span> Mère : <input type="checkbox"/> Recherche d'Ac anti plaquettaires + Typage HPA <span style="float: right;">4 tubes EDTA  + 2 tubes secs </span> Père : <input type="checkbox"/> Cross-match plaquettaire + Typage HPA <span style="float: right;">4 tubes EDTA </span>	
<b>THROMBOPENIE ISOLEE/ SUSPICION DE PURPURA THROMBOPENIQUE IMMUN</b>	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b> Numération plaquettaire du patient : .....G/L Contexte : <input type="checkbox"/> Maladie auto-immune : ..... <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Suspicion PTI Traitement en cours : ..... Date dernière transfusion : ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Recherche d'Ac anti plaquettaires fixés et circulants <span style="float: right;">4 tubes EDTA  + 1 tube sec </span>	
<b>ETAT REFRACTAIRE PLAQUETTAIRE/ SUSPICION DE PURPURA POST TRANSFUSIONNEL</b>	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b> Numération plaquettaire du patient : .....G/L Date dernière transfusion : ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Recherche d'Ac anti plaquettaires <span style="float: right;">4 tubes EDTA  + 1 tube sec </span>	
<b>THROMBOPATHIE (Glanzmann, Bernard Soulier, autres...)</b>	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b> Numération. plaquettaire du patient : .....G/L Date dernière transfusion : ___/___/_____ <input type="checkbox"/> Recherche d'Ac anti plaquettaires <span style="float: right;">4 tubes EDTA  + 1 tube sec </span>	
<b>CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS</b>		
Demande conforme : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Type de Non-conformité : ..... <input type="checkbox"/> Service averti par téléphone <input type="checkbox"/> Service averti par FAX <input type="checkbox"/> Demande régularisée <input type="checkbox"/> Dérogation <input type="checkbox"/> Demande refusée	Nombre d'échantillons transmis : ..... Identité concordante sur tous les tubes transmis : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Réceptionné par : .....	Revue de la demande : Signature ou visa : .....