

DEMANDE DE GÉNOTYPAGE RHD



Société
canadienne
du sang

SANG
PLASMA
CELLULES SOUCHES
ORGANES
ET TISSUS

Section A — Patient			
Nom de famille :		Prénom :	
N° d'assurance-maladie :	N° d'hôpital :	Sexe :	Date de naissance (jj-mmm-aaaa) :
Groupe ABO et facteur rhésus (RhD) sérologiques :		Origine ethnique :	
Anémie falciforme? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre hémoglobinopathie? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui — précisez :			
Patiente périnatale? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autres diagnostics cliniques :			
Antécédents transfusionnels : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date de la dernière transfusion (jj-mmm-aaaa) :			<input type="checkbox"/> Inconnu
Transfusions continues requises? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Greffe de cellules souches/moelle osseuse? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date :		<input type="checkbox"/> Autologue <input type="checkbox"/> Allogénique	
(jj-mmm-aaaa)			

Section B — Motif de la demande		****Veillez joindre les résultats sérologiques****	
<input type="checkbox"/> Phénotype RhD faible, variable ou non concordant			
<input type="checkbox"/> Recherche d'un variant D dans le cas d'une hémoglobinopathie			
<input type="checkbox"/> Anti-D et phénotype RhD sérologique positif			
<input type="checkbox"/> Autre :			
CBS NIRL use only: <input type="checkbox"/> Reflex testing <input type="checkbox"/> Donor investigation <input type="checkbox"/> Serology investigation <input type="checkbox"/> Other:			

Section C — Laboratoire d'origine		
Nom :		
Adresse :		
Ville :	Province :	Code postal :
Courriel :	Tél. :	Fax :
Superviseur du laboratoire/médecin traitant :		

Section D — Information sur les échantillons	
Date de prélèvement : _____ (jj-mmm-aaaa)	Date d'envoi : _____ (jj-mmm-aaaa)
<ul style="list-style-type: none">Soumettre un échantillon d'au minimum 2 ml de sang total EDTA (bouchon mauve).Les échantillons doivent être étiquetés avec le nom du patient, un numéro d'identification unique (pas la date de naissance) et la date de prélèvement.Le laboratoire de services diagnostiques d'Edmonton doit recevoir les échantillons dans les 14 jours suivant le prélèvement.	
Avant d'envoyer un échantillon, aviser les Services diagnostiques en faxant la <i>Demande de génotypage RhD</i> dûment remplie au 780-431-8779.	Envoyer à : Société canadienne du sang Laboratoire de services diagnostiques 8249, 114^e rue Edmonton (Alberta) T6G 2R8
Les demandes de nature générale doivent être adressées à genotyping.edm@blood.ca ou par téléphone au 780-431-8765.	For CBS Edmonton Sample Label