

Demande d'analyse

Section 1 : Réserve au demandeur			
Raison de la demande :			
<input type="checkbox"/> Auto Transfusion		<input type="checkbox"/> Banque de donneurs	
<input type="checkbox"/> Cellules Souches Hématopoïétiques		<input type="checkbox"/> Autres : _____	
<input type="checkbox"/> Donneur d'organes			
Établissement : _____		Carte Assurance-maladie ou identification du donneur si nécessaire.	
Personne contact : _____			
Numéro de Tél : _____			
En cas de résultat positif au test de dépistage de marqueurs virologiques, faire la confirmation en urgence :			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Date de prélèvement : jj/mm/aaaa _____/_____/_____		Étiquette Client HQ :	
Date d'envoi : jj/mm/aaaa _____/_____/_____			
Type d'échantillon accepté	Sérum : tube prélevé sans anticoagulant, sans gel, sans activateur et sans additif Plasma : tube prélevé avec EDTA Format de tube : Tube de 7 mL (13mm x 100mm) en verre à fond rond		
Échantillon requis	2 tubes de sérum	2 tube de plasma et 1 tube de sérum	1 tube de plasma et 1 tube de sérum
Analyses demandées	<input type="checkbox"/> Anti-HTLV I/II <input type="checkbox"/> Anti-VHC <input type="checkbox"/> Anti-VIH 1/2 <input type="checkbox"/> AgHBs <input type="checkbox"/> Anti-HBc	<input type="checkbox"/> VNO (Test d'acide nucléique) <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-érythrocytaire <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> ABO/Rh <input type="checkbox"/> Syphilis
Conditions d'analyses			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les échantillons doivent être correctement identifiés ▪ Ne pas congeler les échantillons ▪ Ne pas décanter les échantillons ▪ Ne pas utiliser de tube fileté à l'intérieur 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas mettre de ruban adhésif autour des bouchons ▪ Les échantillons ayant des valeurs d'hémolyse ≥ 400 mg/dL, de bilirubine ≥ 20mg/dL et/ou de lipides ≥ 800mg/dL ne pourront être analysés. 	
Conditions d'envoi		Adresse du colis	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Envoyer les échantillons à froid en conformité avec les normes de transport des produits biologiques. 		A/S Laboratoire de virologie Héma-Québec 4300 rue Garand Ville Saint-Laurent, Québec H4R 2A3	

Section 2 : Réserve à Héma-Québec	
Reçu le/par : _____	
<input type="checkbox"/> Température ambiante <input type="checkbox"/> Sac réfrigérant/glace	

Demande d'analyse

TERMES ET CONDITIONS

Les termes et conditions énoncés ci-dessous s'appliquent aux services d'analyses réglementaires tels que l'identification des groupes ABO/Rh, le dépistage des anticorps anti-érythrocytaires et la recherche des marqueurs virologiques (ci-après les « Analyses ») faits par le laboratoire d'analyses réglementaires d'Héma-Québec pour un établissement ou une entreprise (ci-après le « Client »). Ces termes et conditions ont préséance et remplacent les termes et conditions de tout bon de commande émis par le Client.

1. Facturation et paiement

Héma-Québec émet au Client une facture qui identifie, entre autres, la nature et la date des Analyses effectuées ainsi que le tarif de celles-ci. Au tarif stipulé s'ajoutent les taxes applicables. Le paiement doit être effectué par le Client dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la facture. Un frais d'intérêt de 1,5% par mois (18% par an) sera exigible sur le solde de toute facture en souffrance.

2. Conditions d'exécution des services

Les services d'Analyses sont offerts uniquement pour tester, à des fins de qualification, des échantillons provenant de donneurs de sang, d'organes ou de cellules souches hématopoïétiques. Aucune analyse ne peut être effectuée ou utilisée à des fins diagnostiques.

Héma-Québec agira avec prudence et diligence dans l'exécution des Analyses.

Héma-Québec ne peut s'engager à fournir les résultats dans un délai précis. Héma-Québec déploiera les efforts raisonnables pour transmettre les résultats d'Analyses dès que possible mais ne pourra être tenue responsable de quelque dommage que ce soit, résultant d'un retard à fournir les résultats d'Analyses.

De plus, Héma-Québec n'assumera aucune responsabilité quant aux actions que vous entreprendrez suite à l'obtention des résultats.

3. Confidentialité

Tous les renseignements confidentiels échangés dans le cadre des présentes doivent être traités de manière confidentielle par les parties.

Section 3 : Réserve à Héma-Québec pour la confirmation (au besoin)

Marqueur positif	Numéro requête	Résultat de confirmation	Centre demandeur avisé paraphe/date
<input type="checkbox"/> Anti-HTLV I/II			
<input type="checkbox"/> Anti-VHC			
<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1/2			
<input type="checkbox"/> AgHBs			
<input type="checkbox"/> Anti-HBs			
<input type="checkbox"/> VNO	Sérique		
	R&D		
<input type="checkbox"/> Syphilis			
<input type="checkbox"/> Autre : _____			