

REQUÊTE POUR ANALYSE DE THROMBOPÉNIE NÉONATALE ET G.A.R.E.

ROUTINE AUSSTÔT QUE POSSIBLE URGENT

INFORMATIONS RELATIVES À LA MÈRE

Groupe ABO : _____

Origine ethnique :

Caucasienne Noire Asiatique Hispanique

Autre : _____

Date de prélèvement (jj-mm-aaaa) : _____

Heure du prélèvement : _____

Nombre de tubes envoyés : _____

CAS DÉJÀ ÉTUDIÉ À HÉMA-QUÉBEC:

Non Oui N° de référence: _____

INFORMATIONS
MATERNELLES

Réservé à Héma-Québec
Individu EdgeLab :

IND-00057

INFORMATIONS MINIMALES REQUISES :
NOM ET PRÉNOM,
DATE DE NAISSANCE/ NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE
DOSSIER DE L'HÔPITAL

Centre Hospitalier : _____ Médecin traitant : _____

RAISON DE LA DEMANDE

G.A.R.E. (301) Nombre de semaines de grossesse: _____

THROMBOPÉNIE NÉONATALE (300) Date d'accouchement (jj-mm-aaaa) : _____

Décompte de plaquettes du bébé à la naissance : _____ x 10⁹ L

Évolution : _____

ÉTAT DE SANTÉ DU BÉBÉ : Pétéchies Ecchymoses Autres hémorragies : _____

Convulsions Hépatosplénomégalie Hypothermie Infection

Autre : _____

HISTOIRE OBSTÉTRICALE ET TRANSFUSIONNELLE

Grossesse antérieure: Non Oui Inconnu Nombre: _____

(inclus : accouchements/ fausses couches/ avortements)

Le bébé a-t-il reçu une transfusion :
 Non Oui Date : _____

Le bébé nécessite-t-il une transfusion :
 Non Oui

Fournir liste des produits et médicaments pris par la mère, s'il y a lieu :

(NB : certains médicaments interfèrent avec les tests. Ex : IVIg, Rituximab, Antithymocyte globulin, WinRho, ou autres produits à base d'anticorps)

Informations relatives au : PÈRE BÉBÉ **Réservé à Héma-Québec**

NOM: _____ PRÉNOM: _____

Groupe ABO: _____

Origine ethnique : Caucasien Noir Asiatique Hispanique Autre : _____

Date de prélèvement (jj-mm-aaaa): _____ Nombre de tubes envoyés : _____

Heure de prélèvement: _____ Non disponible

IND-00057

Envoi des échantillons d'amniocentèse

Date de prélèvement (jj-mm-aaaa): _____

Nombre de tubes/flacons envoyés : _____

IND-00057

Personne contact : _____ Téléphone : _____ Date de l'envoi (jj-mm-aaaa) : _____

TERMES ET CONDITIONS AU VERSO DU PRÉSENT FORMULAIRE

REQUÊTE POUR ANALYSE DE THROMBOPÉNIE NÉONATALE ET G.A.R.E.

ÉCHANTILLONS REQUIS

<p>Mère: 1 tube de 10mL de sang coagulé (rouge) ou 5mL de sérum décanté. 25mL de sang prélevé dans des tubes EDTA (mauve) de 5mL ou moins non réfrigérés</p> <p>Père: 30mL de sang prélevé dans des tubes EDTA (mauve) de 5mL ou moins non réfrigérés</p> <p>Bébé ou fœtus: Non requis sauf si avis spécial</p> <p>Amniocentèse: 2 x 10mL de liquide amniotique</p>	<p>Les échantillons doivent être identifiés avec les informations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> Nom et numéro d'identification unique du patient, date de naissance ou numéro d'assurance-maladie. Date et heure de prélèvement Initiales de la personne qui a fait le prélèvement <p>NOTE 1 : Les échantillons inadéquatement identifiés ne seront pas analysés. NOTE 2 : Les tubes avec gel séparateur ne sont pas acceptés. NOTE 3 : Les échantillons EDTA requièrent un traitement dans les 24 heures après le prélèvement, à défaut de quoi l'analyse risque d'être incomplète et nécessitera un nouveau prélèvement.</p>
---	--

Procédure pour l'envoi des échantillons:

- Si nécessaire, jusqu'à l'envoi, conserver les tubes à température de la pièce.
- Veuillez emballer les tubes de façon à assurer la sécurité de l'ensemble des intervenants et l'intégrité des échantillons.
- Les échantillons doivent être expédiés à la température de la pièce.

Pour les TNN, aviser le laboratoire d'immunologie leucoplaquettaire au poste 6300

Pour les envois provenant de l'extérieur de la région de Montréal, communiquer au laboratoire le numéro de connaissance et les modalités/horaires de l'expédition au numéro suivant : (514) 832-5000 ou 1-888-666-HEMA (4362) poste 6300

- Le transport par TAXI est aux frais de l'hôpital.
- Acheminer la requête complétée avec les prélèvements par l'intermédiaire de votre banque de sang.
- Utiliser une requête par étude de cas.

Adresser le colis de façon à ce que l'adresse soit mise en évidence et joindre le ENR-00522 (LSC-ENR-030) Envoi des centres hospitaliers à Héma-Québec

Laboratoire de Référence et des Cellules Souches (LRCS) - Immunologie plaquettaire

4300, rue Garand
Saint-Laurent (Québec) H4R 2A3
Téléphone : (514) 832-5000 poste 6300
Télécopieur : (514) 832-0271
Sans frais 1-888-666-HEMA (4362)
Heures d'ouverture : Lundi au vendredi de 7h à 23h

TERMES ET CONDITIONS

Les termes et conditions énoncés ci-dessous s'appliquent aux typages HLA (ci-après les « Analyses ») faits par le laboratoire d'immunologie leucocytaire d'Héma-Québec pour les établissements (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

Lorsqu'applicable, Héma-Québec émet au Client une facture qui identifie, entre autres, la nature et la date de l'Analyse effectuée ainsi que le tarif de celle-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

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

Compte tenu que les délais peuvent varier selon la nature, la complexité et l'urgence des Analyses à effectuer, 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'Analyse dès que possible mais ne pourra être tenue responsable de quelque dommage que ce soit, résultant d'un retard à fournir les résultats d'Analyse.

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.