

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

ROUTINE       AUSSITÔT 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 : sérum : \_\_\_\_\_ EDTA : \_\_\_\_\_

**CAS DÉJÀ ÉTUDIÉ À HÉMA-QUÉBEC :**

Non     Oui N° de référence: \_\_\_\_\_

Imprimer **Carte d'assurance-maladie** ou indiquer l'identification du patient  
(NOM ET PRÉNOM, DATE DE NAISSANCE, NUMÉRO D'ASSURANCE-MALADIE et  
# DOSSIER DE L'HÔPITAL)

INFORMATIONS  
MATERNELLES

**Réservé à Héma-Québec  
# Individu EdgeLab :**

IND-00057

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 10<sup>9</sup> 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: \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj-mm-aaaa): \_\_\_\_\_      **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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le sérum ne doit pas provenir d'un tube avec gel séparateur.</li> </ul> <p>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><b>Les échantillons doivent être identifiés avec les informations suivantes :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Nom et numéro d'identification unique du patient, date de naissance ou numéro d'assurance-maladie.</li> <li>Date et heure de prélèvement</li> <li>Initiales de la personne qui a fait le prélèvement</li> </ol> <p><b>NOTE 1 : Les échantillons inadéquatement identifiés ne seront pas analysés.</b></p> <p><b>NOTE 2 : Les tubes et les sérums provenant de tubes avec gel séparateur ne sont pas acceptés.</b></p> <p><b>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.</b></p> <p><b>NOTE 4 : Les échantillons de sérum requièrent un traitement dans les 48 heures après le prélèvement, à défaut de quoi l'analyse risque d'être incomplète et nécessitera un nouveau prélèvement.</b></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.