

REQUÊTE DE PLAQUETTES HLA OU HPA COMPATIBLES

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE HOSPITALIER			
Nom du centre hospitalier : _____		Date de la requête : _____	
No du centre hospitalier : _____		Numéro de la commande : _____	
Médecin prescripteur : _____		#Permis : _____	
Directeur de la banque de sang référant : _____			
SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
Nom : _____		Prénom : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____		# RAMQ : _____	
Diagnostic : _____		ABO/Rh : _____	
Nature de la demande			
<input type="checkbox"/> État réfractaire aux transfusions de plaquettes (Passer à la section 3A)			
<input type="checkbox"/> Plaquelette HPA compatibles (Passer à la section 3B)		<input type="checkbox"/> Modification d'une commande active (Passer à la section 4)	
SECTION 3 - ÉVALUATION INITIALE DU PATIENT			
SECTION 3A - ÉTAT RÉFRACTAIRE AUX TRANSFUSIONS DE PLAQUETTES (Pour un complément d'information, utiliser la section Informations additionnelles)			
Le patient présente-t-il des saignements actifs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numération plaquettaire actuelle : _____ X10 ⁹ /L			
Résultats de numération pour un état réfractaire aux transfusions de plaquettes isogroupes.			
Date : _____		Numération plaquettaire pré-transfusion : _____ X10 ⁹ /L 10-60 min post-transfusion : _____ X10 ⁹ /L	
Date : _____		Numération plaquettaire pré-transfusion : _____ X10 ⁹ /L 10-60 min post-transfusion : _____ X10 ⁹ /L	
Des anticorps anti-HLA /anti-HPA ont-ils été détectés chez le patient au cours des 6 derniers mois? (si > 6 mois, nouveaux tests requis)			
<input type="checkbox"/> Non (Envoyer une requête d'analyse ENR-00555 et les échantillons au Laboratoire de Référence-Immunologie Plaquettaire)			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Le patient a été testé par Héma-Québec			
<input type="checkbox"/> Le patient a été testé au Centre hospitalier (Joindre les rapports de recherche d'anticorps anti-HLA et de typage HLA et envoyer une requête d'analyse ENR-00555 et les échantillons requis pour la recherche d'anticorps anti-HPA)			
SECTION 3B - PLAQUETTES HPA COMPATIBLES			
<input type="checkbox"/> Transfusion intra-utérine ou nouveau-né à naître (Documenter les renseignements au nom de la mère. Lors de la sélection du produit, un CMV négatif sera priorisé.) Si le choix des groupes ABO doit être priorisé, l'indiquer ici : _____			
<input type="checkbox"/> Nouveau-né (Documenter les renseignements au nom de la mère à la section 2) ABO/Rh du nouveau-né : _____			
<input type="checkbox"/> Autres : _____			
SECTION 3C - INFORMATIONS ADDITIONNELLES (Justifier la sélection particulière de produit en fonction du portrait clinique du patient)			
SECTION 4 : RENSEIGNEMENT SUR LA COMMANDE			
<input type="checkbox"/> Demande urgente, transfusion dès que possible (Héma-Québec acheminera les produits dans les meilleurs délais si le receveur répond aux critères minimaux et que des donneurs compatibles sont identifiés)			
<input type="checkbox"/> Transfusions planifiées (4 sem. maximum)		Date de début : _____ Date de fin : _____	
Fréquence : <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D			
Plaquelette irradiée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
IMPORTANT : À l'intérieur des 7 jours suivant la transfusion du patient, la comptabilisation des numérations plaquettaires pré et post (10-60 min) transfusion HLA compatible doit être acheminée à Héma-Québec.			
SECTION 5 : RÉSERVÉ À HÉMA-QUÉBEC			
Section Recrutement	# Don : _____	# Donneur : _____	Date RV : _____
	# Patient : _____	Code(s) de produit(s) : <input type="checkbox"/> E3087V00 <input type="checkbox"/> E3088V00	
Section SCH	# Commande : _____	Date de livraison : _____	
	Transport : <input type="checkbox"/> Banque AM <input type="checkbox"/> Banque PM <input type="checkbox"/> Tournée : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____		Fait par paraphe/date