



Hôpitaux  
Universitaires  
Genève



Dpt. DIAGNOSTIQUE–Service de Médecine de Laboratoire  
**LABORATOIRE D'IMMUNO-HEMATOLOGIE TRANSFUSIONNELLE**  
Bâtiment des Laboratoires 1<sup>er</sup> étage porte 9N-1-200.0  
Tél. 022 372 72 78/9  
e-mail : Reception.Lcst@hcuge.ch

## INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....

### PRESCRIPTEUR

Pour les prescripteurs externes privés

Etablissement : .....  
Service : .....  
Médecin : .....  
Tél. / Bip : .....  
Adresse mail : .....

**Formulaire incomplet**  
**Original papier à 4 feuillets**  
**À commander uniquement au LIHT,**  
**tél: 022 372 72 79**

## FORMULAIRE POUR DEMANDE D'ANALYSES et/ou PRODUITS SANGUINS (HORS SITES HUG)

URGENCE : oui  non  Si oui, motif : .....

Une transfusion a-t-elle été effectuée dans les 4 derniers mois ? oui  non  Si oui, date : .....

Femme enceinte ? oui  non  Si oui, date de début de grossesse : .....

Injection de prophylaxie anti-D (Rhopylac, ...) ? oui  non  Si oui, date de l'injection : .....

### Obligatoire pour tous les nouveau-nés de moins de 4 mois → identité de la mère :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

**ANALYSES** : Date et heure du prélèvement : ..... à ..... h .....

- Groupe sanguin adulte et RAI (recherche d'anticorps irréguliers) (tube EDTA 6 ml) \*
- Groupe sanguin nouveau-né ≤ 4 mois  sang de cordon (tube EDTA 3 ml)  veineux ou  capillaire (Microtainer EDTA 0.5 ml)
- Test direct à l'anti-globuline (Coombs direct) (tube EDTA 6 ml) \*
- Recherche d'agglutinines froides (tube EDTA 6 ml) \*  
(le tube doit arriver au LIHT sans délai après prélèvement, à une température la plus proche possible de la température corporelle)  
du lundi au vendredi de 7h à 19h
- Génotypage Rhésus D (PCR *RHD* variant) (en complément de la sérologie) (tube EDTA 6 ml) \*
- Autres (à préciser) : .....

\* pour toutes les analyses : 6 ml (adulte) ou 3 ml (enfant ≤ 4 mois) sur tube EDTA, + 6 ml ou 3 ml (enfant) si Coombs direct ou « autre analyse »

### PRODUITS SANGUINS : indiquer la quantité dans la case

Concentré érythrocytaire  Plasma frais congelé  Concentré plaquettaire

Qualification spéciale :  Irradié

Doit être prêt pour le ..... à ..... h .....

**Attention :** LE FEUILLET VERT est à conserver. Le sang ne sera délivré par le LIHT que sur présentation de ce document

### Matériel complémentaire : cocher les cases

Tubulures  Butterfly  Kit test pré-transfusionnel

Facturation au patient sauf spécification contraire

Compte-rendu :  Laboratoire  Prescripteur