



Hôpitaux
Universitaires
Genève



DMGLP–Service de Médecine de Laboratoire
LABORATOIRE D'IMMUNO-HEMATOLOGIE TRANSFUSIONNELLE
Bâtiment des Laboratoires 1^{er} étage porte 9N-1-200.0
Tél. 022 372 72 79 – Fax 022 372 72 90
e-mail : Reception.Lcst@hcuge.ch

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

PRESCRIPT

Pour les prescripteurs externes privés

Etablissement

Formulaire incomplet

Service :

Médecin :

Original papier à 4 feuillets

Tél. / Bip :

À commander uniquement au LIHT,

Adresse mail :

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 :

Obligatoire pour tous les nouveau-nés de moins de 3 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 sang de cordon veineux capillaire (tube EDTA) *
- Test direct à l'anti-globuline (Coombs direct) (tube EDTA 3 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
- Autres (à préciser) -----

* si analyses cumulées, 1 tube EDTA 6 ml **bien rempli** suffit

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