

**Demande de génotypage sanguin (patient)**  
**Laboratoire d'immunohématologie national de référence (LINR)**

SECTION A – PATIENT (RENSEIGNEMENTS REQUIS)			
Nom de famille :		Prénom :	
N° d'assurance-maladie :		Deuxième prénom :	
N° de dossier médical :		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Date de naissance : _____ aaaa-mm-jj			
Ethnicité : <input type="checkbox"/> Arabe <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir <input type="checkbox"/> Autochtone <input type="checkbox"/> Latino-Américain <input type="checkbox"/> Sud-Asiatique <input type="checkbox"/> Blanc <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Inconnue			
Diagnostic clinique :		Faible taux de leucocytes? ( $< 4 \times 10^9/l$ ) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Conditions préexistantes :			
ABO : _____ Rh : _____			
Phénotype érythrocytaire (sérologie) : _____		<input type="checkbox"/> Joindre le rapport du SIL (LIS)	
Transfusion récente : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Réaction transfusionnelle? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Transfusions continues requises? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Greffe? : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Info. inconnue Type : <input type="checkbox"/> Moelle osseuse (cellules souches) <input type="checkbox"/> Organe solide <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Date de la greffe : _____ (Voir note à la page 2)			
Échantillon			
Date de prélèvement : _____		Date d'envoi : _____	

SECTION B – ANALYSES
Le LINR a-t-il déjà effectué des analyses pour ce patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anticorps sériques (allo-anticorps, auto-anticorps) : _____
Motif de la demande :
<input type="checkbox"/> Prédiction du phénotype érythrocytaire de patients récemment transfusés
<input type="checkbox"/> Test direct à l'antiglobuline (TDA) positif / anémie hémolytique auto-immune
<input type="checkbox"/> Identification d'un anticorps complexe et/ou distinction entre allo-anticorps et auto-anticorps
<input type="checkbox"/> Confirmation d'un phénotype rare
<input type="checkbox"/> Autre motif (préciser) : _____
Analyses requises :
<input type="checkbox"/> RhCE, Kell, Duffy, Kidd et MNS, Diego, Dombrock (y compris Hy et Jo), Colton et Cartwright

SECTION C – DEMANDEUR (RENSEIGNEMENTS REQUIS)	
Nom du médecin ou du superviseur du laboratoire :	Établissement :
Adresse :	
Tél. :	Commentaires :
Fax :	
Courriel :	
N° OMCO :	
Signature : _____	

SECTION D – FOR NIRL USE ONLY	
Date and Time Received: _____	CBS Sample Number: _____
Receiver Initials: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
Volume of EDTA Received: _____ mL	

# Demande de génotypage sanguin (patient) Laboratoire d'immunohématologie national de référence (LINR)

## Critères pour l'échantillon

*Remarque : Si le patient a déjà eu une greffe de moelle osseuse (ou cellules souches), veuillez fournir les coordonnées nécessaires pour consulter le spécialiste en médecine transfusionnelle avant le génotypage.*

Type	EDTA – sang total
Volume	Entre 2 et 7 ml
Réception par le LINR	N'importe quand
Stabilité et température	Emballage et transport entre 2 °C et 25 °C, dans les 14 jours suivant le prélèvement

Envoyer une copie de tous les documents de travail :

- Résultats de tous les phénotypages (joindre le rapport SIL)
- Autres examens connexes

Si la livraison des échantillons est prévue en dehors des heures normales d'ouverture, en informer le LINR, qui prendra alors les dispositions nécessaires.

L'étiquette ou les étiquettes de l'échantillon doivent indiquer les deux identifiants suivants :

1.	Nom complet
2.	N° d'identification (n° d'assurance-maladie)

Si le n° d'assurance-maladie n'est pas disponible, le n° de dossier médical ou le n° d'hôpital peut être indiqué.

## Envoi des échantillons

a)	Dûment remplir le présent formulaire pour chaque échantillon.
b)	Emballer les échantillons de façon sécuritaire pour éviter tout dommage ou déversement.
c)	Si les échantillons ne peuvent pas être livrés le même jour, utiliser un gel réfrigérant d'une température comprise entre 2 °C et 6 °C. En cas de conditions hivernales extrêmes, utiliser un gel réfrigérant à température ambiante.
d)	Informez le laboratoire de l'envoi des échantillons et fournissez le numéro du bordereau de transport, le cas échéant (voir adresse d'expédition ci-dessous).

**NE PAS UTILISER DE GLACE CARBONIQUE NI DE BLOC RÉFRIGÉRANT.**

## Adresse d'expédition

Société canadienne du sang  
Laboratoire d'immunohématologie national de référence (LINR)  
100 PROM PARKSHORE  
BRAMPTON (ONTARIO) L6T 5M1

Si l'échantillon est jugé insatisfaisant, on demandera à l'expéditeur d'autoriser son élimination et d'en envoyer un autre.

## Renseignements

Société canadienne du sang  
Laboratoire d'immunohématologie national de référence (LINR)  
Tél. : 905-494-5295  
Fax : 905-494-8131  
Heures d'ouverture : du lundi au vendredi, de 7 h à 15 h (HNE)