

Précisions sur le formulaire Request for Serological Investigation (LL4800)

Il faut au moins deux identificateurs uniques sur l'échantillon et sur le formulaire d'accompagnement.

Indiquer les antécédents cliniques du patient qui peuvent faciliter l'analyse : anticorps connus, transfusions antérieures, grossesse, greffe et diagnostic.

Écrire lisiblement l'information sur le demandeur (nom, n° de téléphone et n° de fax de l'établissement, et médecin traitant) pour que nous puissions envoyer le rapport.

Préciser le moyen de transport de l'échantillon et le moment de livraison prévu, et aviser les Services diagnostiques pour que les cas de non-livraison puissent être traités rapidement.

Volume minimal que doit avoir un échantillon pour être analysé.

Cocher le ou les tests dont vous avez besoin.



Canadian Blood Services
it's in you to give

Request for Serological Investigation

Diagnostics Services Laboratory Edmonton Site
8249 114 Street T8G 2R8
Phone: 780-431-8765 Fax: 780-431-8770

Patient	PHN/ULI		Hospital Number		D.O.B. (YYYY-MM-DD)	
	Last Name			First Name		BBIN
	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Hgb	ABO/Rh		DAT
	Clinical Diagnosis					
Requestor	Known Antibodies			Pregnant last 3 months? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		RhIG given? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date: _____
	Transfused last 3 months? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date Transfused: _____			Stem Cell/Bone Marrow transplant? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Allogeneic Transplant Date: _____		
	Facility Name			Phone		Fax
	Address			Referring Physician		
Specimen	Facility Testing Method <input type="checkbox"/> LISS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Other (specify) _____ <input type="checkbox"/> MTS Gel <input type="checkbox"/> Solid Phase					
	Date collected (YYYY-MM-DD)		Time collected (24 hour clock)		Collected by	
	Mode of Transport			Expected date/time of arrival:		
Testing Required	Minimum of two 7 ml EDTA specimens sent. Notify Edmonton Diagnostic Services. Fax completed requisition to 780-431-8770 or phone 780-431-8765.					
	Reason for Request (Attach serological worksheets / antigram)					
	<input type="checkbox"/> Antibody Investigation			<input type="checkbox"/> Fetal Bleed Screen		
	<input type="checkbox"/> ABO/Rh Investigation			<input type="checkbox"/> Postnatal Investigation (submit both mother and cord sample)		
	<input type="checkbox"/> Direct Antiglobulin Test					
Is Blood Required? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes # of units: _____ <input type="checkbox"/> Irradiated <input type="checkbox"/> Phenotyped Date required: _____ /NOTE: Customer to order blood through Product Distribution. Fax (780) 433-4478 If submitting segments, send a minimum of 2 segments per unit, labeled with the donation number. List donation, segment #'s below.						
Donation (Unit) #		Segment #		Donation (Unit) #		Segment #
Comments:						
All information must be completed or testing will not be performed.						
FOR CANADIAN BLOOD SERVICES USE ONLY						
Patient History Check: Initial: _____ <input type="checkbox"/> No History			Canadian Blood Services Label			
<input type="checkbox"/> Historical ABO/RH: _____ <input type="checkbox"/> Known Antibodies: _____						
<input type="checkbox"/> NetCare: _____ Back File <input type="checkbox"/> Attached <input type="checkbox"/> Offsite						
Reviewed By: _____ Date: _____						

LL 4800 Effective Date: 2017-05-31

Indiquer si vous avez besoin de sang pour que nous puissions vous aider à trouver des unités compatibles dans les cas complexes.