



Nom du patient (en caractères en majuscule s.v.p.)
 Rue, N°
 NPA, Lieu
 Votre numéro de référence

Prénom
 Date de naissance Sexe M F
 Date du prélèvement N° du dernier rapport
 Rapport par: Courrier Courriel Téléfax Téléphone
 Facture au: Patient (ambulant) Prescripteur
 Selon LA: Dem. d'analyses complète Dem. d'analyses partielle

Diagnostic / Médicaments

Semaine de grossesse: 10 20 30 40 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Anti-D injecté? oui non Date: _____

Note concernant la facturation

Pour les factures adressées aux patients, l'adresse complète et actuelle du patient doit impérativement être indiquée.
 Toutes les modifications annoncées ultérieurement (modifications d'adresses et aussi changements de destinataire de la facture) causent des frais supplémentaires de CHF 30 par cas, lesquels vous seront directement facturés.

Prélèvement

Sang EDTA Sang/plasma citraté Segment Poche de plasma Sang complet
 Sang natif Plasma EDTA Concentré érythrocytaire Autres
 Sérum Sang hépariné Concentré thrombocytaire

Les codes entre parenthèses (1-9) se rapportent aux instructions de prélèvement: voir au verso

Immunohématologie

Groupe sanguin et facteur Rhésus (1 ou 3)
 Phénotype Rh (seulement avec groupe sanguin) (1 ou 3)
 Alloanticorps anti-érythrocytaires (1 ou 2)
 Test de Coombs direct chez le nouveau-né (3)
 Titre anti-A resp. anti-B immun (O-A/B Const.) (1)
 Anticorps contre IgA (réactions transfusionelles, déficit en IgA) (1 ou 2)

Investigation lors d'une suspicion d'AHAI (1 et 3)

Autoanticorps anti-érythrocytaires (3) (Anti-IgG + titre, C3d, IgM, IgA, év. élution)
 Titre des agglutinines froides (6)
 Test de Donath-Landsteiner (6)
 Hémolysines froides acides (6)

Diagnostic moléculaire (PCR-SSP) (3)

ABO RHD variante par PCR (Dweak, Dpartial)
 RHD-zygotie Kell, Kidd, Duffy, MNSs génotype
 RHCE génotype Autres groupes sanguins: _____
 Détermination du RHD foetal à partir du plasma de la mère (3 ou 9)
→ annonce par téléphone, avec indication semaine de grossesse: 031 384 23 50

Typisation Lymphocytes

CD3-, CD4-, CD8-, CD19 et CD16/56 (3 et 7)

Immunologie thrombocytaire

Anticorps anti-thrombocytaire (1 ou 2 et 8) (7)
 Test de compatibilité thrombocytaire sur demande (1 ou 2 et 3) (7)
 Génotypage HPA, biologie moléculaire (3) (7)

Examens pendant la grossesse

1er examen (1 ou 3)

Groupe sanguin et facteur Rhésus, alloanticorps, sérothèque
 Facultatif: Syphilis (Lues)

2ème examen, env. 28^e semaine de grossesse (1 ou 3)

Alloanticorps, AgHBs, sérothèque (1 année à -30°C)
 Sur demande nous effectuons les analyses supplémentaires:
 Toxoplasmose, anticorps (IgG/IgM)
 Rubéole, anticorps (IgG/IgM)
 VIH-1/2, anticorps

Contrôle de qualité des produits sanguins

Leucocytes résiduels Erythrocytes résiduels Détermination du pH

Formule sanguine (3)

Formule sanguine (leucocytes, érythrocytes, thrombocytes, Hb, Ht)

Nur für internen Gebrauch

Ausgepackt / Eingangskontrolle:
 Eingelesen:
 Etikettiert:
 Abpipettiert: 2. Erfä:

Test de compatibilité sérologique (1 et 3)

Commande de sang: Concentrés érythrocytaires: _____ Date de livraison: _____
 (déleucocytés)

Nom, prénom, date de naissance et date de prélèvement **doivent** être écrits sur chaque tube.
 Les tests de compatibilité **ne seront pas effectués** avec des échantillons non ou incorrectement étiquetés. En cas de difficulté veuillez téléphoner au 031 384 23 50.

laisser libre, s.v.p.



Hépatite A

Sérologie (1 ou 2)

- Hépatite A, anticorps (IgG/IgM)
- Hépatite A, anticorps IgM

Diagnostic moléculaire (2, 3, 4 ou 5)

- Hépatite A ARN PCR qualitative
- Hépatite A ARN PCR quantitative (viral load)

Hépatite B

- Sérologie de l'hépatite B (AgHBs, anti-HBs, anti-HBc) (1 ou 2)

Marqueurs isolés de l'hépatite (1 ou 2)

- AgHBs
- AgHBs, confirmation (neutralisation)
- Anti-HBs
- Anti-HBc (IgG/IgM)
- Anti-HBc IgM
- AgHBe
- Anti-HBe
- Hépatite B, titre après vaccination

Diagnostic moléculaire (2, 3, 4 ou 5)

- VHB-ADN PCR qualitative
- VHB-ADN PCR quantitative (viral load)
- VHB génotypage par PCR

Hépatite C

Sérologie (1 ou 2)

- Hépatite C, anticorps screening
- Hépatite C, confirmation (Blot)

Diagnostic moléculaire (2, 3, 4 ou 5)

- VHC-ARN PCR qualitative
- VHC-ARN PCR quantitative (viral load)
- VHC génotypage par PCR

Hépatite D

Sérologie (1, 2, 3, 4 ou 5)

- Hépatite D anticorps IgG

Diagnostic moléculaire (1, 3, 4 ou 5)

- VHD-ARN PCR qualitative
- VHD-ARN PCR quantitative

Hépatite E

Sérologie (1, 2, 3, 4 ou 5)

- Hépatite E anticorps IgG
- Hépatite E anticorps IgM

Diagnostic moléculaire (1, 3, 4 ou 5)

- VHE-ARN PCR qualitative
- VHE-ARN PCR quantitative

Nature du service requis

- Demande d'examen dans le domaine de la médecine humaine
- Demande d'examen dans d'autres domaines (doping, transplantation, etc.)

VIH

Sérologie (1 ou 2)

- VIH-1/2, anticorps/antigènes screening (Combo)
- VIH-1/2, confirmation (Blot)
- Antigène VIH-1 (p24)
- Antigène VIH-1 (p24), confirmation (neutralisation)

Diagnostic moléculaire (2, 3, 4 ou 5)

- VIH-1-ARN PCR qualitative
- VIH-1-ARN PCR quantitative (viral load)
- VIH-2-ARN PCR (domaine non-accrédité)

Indication thérapeutique du VIH

- CD3-, CD4-, CD8-, CD19 et CD16/56 (3 et 7)
- Antigène VIH-1 (p24) (1 ou 2)
- VIH-1 ARN PCR quantitative (viral load), suivant les besoins (2, 3, 4 ou 5)

Matériel nécessaire:

2-3 ml de sérum/plasma et 5-10 ml de sang EDTA

Envoi des échantillons:

du lundi au jeudi **immédiatement après le prélèvement**

Syphilis (lues) (1 ou 2)

- Dépistage syphilis
- Confirmation syphilis (Blot)

Autres marqueurs infectieux

Sérologie (1 ou 2)

- HTLV 1/-2, anticorps (IgG/IgM)
- CMV, anticorps IgG
- CMV, anticorps IgM
- Plasmodium spp. anticorps (Malaria) IgG/IgM
- Rubéole, anticorps IgG
- Rubéole, anticorps IgM
- Varicelle, anticorps IgG
- Toxoplasmose, anticorps IgG
- Toxoplasmose, anticorps IgM
- Trypanosoma Cruzi, anticorps (Chagas)

Diagnostic moléculaire

- Parvovirus B19 ADN PCR qualitative et quantitative (2, 3, 4 ou 5)

Autres analyses

-
-

Remarques, commandes

-
-
-

Instructions de prélèvement

- | | | |
|--------------------------------|--|---|
| 1 Sang natif | 6 Laisser coaguler le sang immédiatement à 37°C et transférer le sérum chaud dans un tube vide. Envoyer au moins 5 ml de sérum. | 8 Thrombocytes \geq 100 G/l: 20ml sang EDTA
Thrombocytes < 100 G/l: 30ml sang EDTA |
| 2 Sérum | | 9 Tube Streck Cell-Free DNA BCT® 10ml |
| 3 Sang EDTA | | |
| 4 Plasma EDTA | 7 Envoi immédiatement après le prélèvement, doit arriver au laboratoire jusqu'au vendredi 08h00 . | |
| 5 Sang citraté, plasma citraté | | |

Numéros de téléphone directs

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| 031 384 23 33: Commande de sang | 031 384 23 00 Administration | 031 384 23 70 Immunohématologie, lab. de référence |
| 24h sur 24h, service de garde d'immunohématologie | 031 384 23 10 Diagnostic moléculaire | 031 384 23 10 Marqueurs infectieux, lab. de référence |
| | 031 384 23 57 Contrôle de qualité | 031 384 23 21 Immunologie thrombocytaire |