



Nom du patient (en caractères en majuscule s.v.p.)	Prénom
Rue, N°	Date de naissance Sexe M F
NPA, Lieu	Date du prélèvement N° du dernier rapport

Votre numéro de référence

Rapport par: Courrier Courriel 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 Rh (3)
 Phénotype Rh/K (seulement avec groupe sanguin) (3)
 Alloanticorps érythrocytaires (1, 2 ou 3)
 Test direct à l'antiglobuline et év. clarifications complémentaires (3)
 Titre anti-A resp. anti-B immun (O-A/B Const.) (1)
 Détermination de l'antigène du groupe sanguin:

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 variant (RhD weak, partiel)
 RHD-zygotie Génotypage étendu (RH, KEL, JK, FY, MNS, DO, LU)
 RHCE variant Autres groupes sanguins:

Détermination du RHD foetal à partir du plasma de la mère (9)
 → obligatoire avec indication semaine de grossesse et date de prélèvement

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 Rh, alloanticorps, sérothèque
 Facultatif: Syphilis (Lues) anticorps IgG

2ème examen, env. 28e 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 (1, 2, 3, 4 ou 5)
 Rubéole, anticorps IgG/IgM (1, 2, 3, 4 ou 5)
 VIH-1/2, VIH-1/2 anticorps/antigènes screening Combo (1, 2, 3, 4 ou 5)

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. Erfa:**

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 (1,2,3,4 ou 5)

- 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) (1,2,3,4 ou 5)

Marqueurs isolés de l'hépatite (1,2,3,4 ou 5)

- HBs antigène
- HBs antigène, confirmation (neutralisation)
- HBs anticorps
- HBc anticorps IgG/IgM
- HBc IgM anticorps
- HBe antigène
- HBe anticorps
- Hépatite B, titre après vaccination

Diagnostic moléculaire (2, 3, 4 ou 5)

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

Hépatite C

Sérologie (1,2,3,4 ou 5)

- 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)

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 (1,2,3,4 ou 5)

- 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

- Antigène VIH-1 (p24) (1,2,3,4 ou 5)
- 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) (1,2,3,4 ou 5)

- Dépistage syphilis, anticorps IgG
- Confirmation syphilis (Blot), anticorps IgG

Autres marqueurs infectieux

Sérologie (1,2,3,4 ou 5)

- 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. | 8 Thrombocytes \geq 100 G/l: 20ml sang EDTA |
| 2 Sérum | Envoyer au moins 5 ml de sérum. | Thrombocytes < 100 G/l: 30ml sang EDTA |
| 3 Sang EDTA | | 9 Sang EDTA au min. 9 ml ou |
| 4 Plasma EDTA | 7 Envoi immédiatement après le prélèvement, doit arriver au laboratoire jusqu'au vendredi 08h00 . | Tube Streck Cell-Free DNA BCT® 10ml |
| 5 Sang citraté, plasma citraté | | |

Numéros de téléphone directs

**031 384 23 33: Commande de sang
24h sur 24h, service de garde
d'immunohématologie**

031 384 23 00 Administration
031 384 23 10 Diagnostic moléculaire
031 384 23 57 Contrôle de qualité

031 384 23 70 Immunohématologie, lab. de référence
031 384 23 10 Marqueurs infectieux, lab. de référence
031 384 23 21 Immunologie thrombocytaire