



TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS  
INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK

Transfusion Interrégionale CRS SA | Laboratoire de diagnostic  
Case postale | 3001 Berne | Murtenstrasse 133 | 3008 Berne  
Laboratoire national de référence Transfusion CRS Suisse pour l'immunohématologie et les marqueurs infectieux  
Administration du laboratoire T +41 31 384 23 00 | labordiagnostik@itransfusion.ch | itransfusion.ch

\* "Expéditeur" sera imprimé par TIR, commandes par tél. 031 384 23 00 ou par mail à labordiagnostik@itransfusion.ch

Expéditeur: 12345678\*  
Laboratoire\*  
NPA Lieu\*

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

Prénom  
Date de naissance Sexe M F  
Courriel

Diagnose / Médicaments  
Semaine de grossesse/jours: Semaine: / Jours:  
Anti-D injecté? oui Date: non  
Dernière transfusion? Date:

Date du prélèvement N° du dernier rapport  
Facture au: \* Patient (ambulant) Prescripteur

**\*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 (SSP-PCR)  
RHD, RHCE (RHD, RHCE, KEL, JK, FY, MNS, DO, LU, VEL)  
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)  
**Test de compatibilité sérologique (1 et 3)**  
**Commande de sang:**  
Nombre de concentrés érythrocytaires:  
Date de livraison  
Heure de livraison: h  
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.

**Contrôle de qualité des produits sanguins**  
Leucocytes résiduels Erythrocytes résiduels Détermination du pH

**Formule sanguine (3)**  
Formule sanguine (leucocytes, érythrocytes, thrombocytes, Hb, Ht)

**Uniquement pour usage interne**  
Ausgepackt / Eingangskontrolle:  
Eingelesen:  
Etikettiert:  
Abpipettiert: 2. Erf:

**Remarques, commandes**

Laissez libre ce champ. Pour usage interne uniquement.



## Hépatite A

### Sérologie (1, 2, 3, 4 ou 5)

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

### Diagnostic moléculaire (1, 2, 3, 4 ou 5)

- Hépatite A ARN PCR qualitative
- Hépatite A ARN PCR quantitative (charge virale)

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

- VHB-ADN PCR quantitative (charge virale)

## Hépatite C

### Sérologie (1, 2, 3, 4 ou 5)

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

### Diagnostic moléculaire (1, 2, 3, 4 ou 5)

- VHC-ARN PCR quantitative (charge virale)

## Hépatite D

### Sérologie (1, 2, 3, 4 ou 5)

- Hépatite D anticorps IgG (après consultation)

### Diagnostic moléculaire (1, 2, 3, 4 ou 5)

- VHD-ARN PCR quantitative (charge virale)

## Hépatite E

### Sérologie (1, 2, 3, 4 ou 5)

- Hépatite E anticorps IgG
- Hépatite E anticorps IgM

### Diagnostic moléculaire (1, 2, 3, 4 ou 5)

- VHE-ARN PCR qualitative
- VHE-ARN PCR quantitative (charge virale)

## 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
- VIH-1/2, confirmation (Blot)
- VIH-1/2 Ak/Ag screening avec indication des deux résultats

### Diagnostic moléculaire (1, 2, 3, 4 ou 5)

- VIH-1-ARN PCR quantitative (charge virale)
- VIH-2-ARN PCR (domaine non-accrédité)

## Indication thérapeutique du VIH

- VIH-1 ARN PCR quantitative (charge virale), suivant les besoins (1, 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
- Toxoplasmose, anticorps IgG
- Toxoplasmose, anticorps IgM
- Trypanosoma Cruzi, anticorps (Chagas)

### Diagnostic moléculaire

- Parvovirus B19 ADN PCR quantitative (1, 2, 3, 4 ou 5)

## Autres analyses

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## Instructions de prélèvement

- |                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| 1 Sang natif                   | 6 Laisser coaguler le sang immédiatement à 37°C et transférer <b>le sérum chaud</b> dans un tube vide. Envoyer au moins 5 ml de sérum. | 8 Thrombocytes $\geq$ 100 G/l: <b>20ml</b> sang EDTA<br>Thrombocytes < 100 G/l: <b>30ml</b> sang EDTA |
| 2 Sérum                        |  | 9 Sang EDTA au min. 9 ml ou<br>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 <b>vendredi 08h00</b> .                               |   |
| 5 Sang citraté, plasma citraté |  |   |

## Numéros de téléphone directs

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <b>031 384 23 33: Commande de sang</b>                   | 031 384 23 00 Administration         | 031 384 23 50 Immunohématologie, lab. de référence    |
| <b>24h sur 24h, service de garde d'immunohématologie</b> | 031 384 23 10 Diagnostic moléculaire | 031 384 23 70 Marqueurs infectieux, lab. de référence |
|  | 031 384 23 57 Contrôle de qualité    | 031 384 23 21 Immunologie thrombocytaire              |