

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom  
Prénom  
N° INAMI  
Signature

**PATIENT**

Nom  
Prénom  
Date de naissance  
Numéro administratif  
Date de commande

**17**

**Banque de Sang. Tél. : 1806 ou 881806 (gardes)  
Bon de Commande de Produits Sanguins Labiles (Télétube 18 ou 118)**

**COMMANDE DE PRODUIT SANGUIN LABILE**

Pour le (date) : .....  
A (heure) : .....

**1 Globules Rouges**

Adulte     Nourisson     Irradiation

Nombre d'unités : .....

*Indication de la transfusion*

Anémie (Hb=            g/dL)  
 Hémorragie  
 Pré-opératoire. Type d'intervention :  
.....

Autre : .....

**2 Plaquettes**

Unitaire     Pool                     Irradiation

Nombre d'unités : .....

*Indication de la transfusion*

Thrombopénie  
 Hémorragie  
 Thrombopathie  
 Pré-opératoire. Type d'intervention :  
.....

Autre : .....

**3 Plasma**

Nombre d'unités : .....

Hémorragie massive avec déficit combiné  
en facteurs de coagulation  
 Hémorragie avec surdosage en AVK  
 Déficit isolé en facteur V ou XI  
 PTT (maladie de Moschowitz)  
 Ex-sanguino transfusion néonatale  
pour incompatibilité ABO

**TYPE DE PRELEVEMENT****Pour connaître le statut RAI et groupe sanguin d'un patient :**

Medical Explorer  
Onglet "Fichier"  
Sélectionner "Contrôles Pré-Transfusionnel"  
Sélectionner l'unité d'hospitalisation  
Cliquer sur l'icône à droite de la case de l'unité  
d'hospitalisation (double flèches vertes)

**Pour transfusion de Globules Rouges**

Case "Groupe" verte + case "RAI" verte :  
pas de tube  
Autres cas : 1 grand tube rouge  
Si RAI positive : prendre contact avec BDS

**Pour transfusion de Plaquettes ou Plasma**

Case "Groupe" verte : pas de tube  
Autres cas : 1 grand tube rouge

**TESTS DYNAMIQUES D'HEMOSTASE  
ANALYSES SUR SANG TOTAL**

4  Multiplate ———> Or. Petit  
5  Rotem ———> V. Petit bien rempli

**AGREGATION PLAQUETTAIRE  
Avant 17h00**

Agonistes (3 maximum) :

6  ADP  
7  ASPI (acide arachidonique)  
8  TRAP (analogue thrombine) ———> Or. Petit  
9  RISTO High  
10  RISTO Low

Suivi traitement AAS : ASPI + TRAP  
Suivi traitement Clopidogrel : ADP + TRAP  
Thrombopathie : RISTO High + TRAP + ADP  
Suspicion Willebrand : RISTO High + RISTO Low + TRAP

Couleurs bouchons

V: Vert, Bl.: Blanc, Or.: Orange, R.: Rouge

0520 L 101701 - 08.2010

**MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom  
Prénom  
N° INAMI  
Signature

**PATIENT**

Nom  
Prénom  
Date de naissance  
Numéro administratif  
Date de commande

**17**

**Banque de Sang (Télétube 18 ou 118)  
Bon d'Analyse d'Immunologie-Erythrocytaire**

**Renseignements cliniques**

- 10  A reçu du Rhogam  
11  Autres :

**Analyses dans le cadre des greffes de cellules souches hématopoïétiques et des lymphaphèreses**

- Autogreffe (donneur = receveur)  
 Autogreffe  
 Lymphaphèrese

Etiquette receveur

Etiquette donneur

**Identité maman si analyses pour un bébé****Groupe sanguin**

- 12  ABO  
13  Phénotype RhK R. Grand  
14  Phénotype étendu  
*(pour patients susceptibles d'être multi-transfusés)*

**Coombs direct**

- 15  Polyvalent  
16  IgG  
17  C3d  
18  Elution → R. Grand

**Agglutinines froides**

- 19  Dépistage  
20  Titrage → R. Grand

**Anticorps anti-érythrocytaires**

- 21  Dépistage (RAI)  
22  Identification  
23  Titrage → R. Grand

**Greffe de foie/rein ABO incompatible**

- 24  Titrage anti-A et/ou anti-B → R. Grand

**Recherche sphérocytose héréditaire**

- 25  Test de Cryohémolyse → R. Petit  
*Avant 14h*

 Première visite

- RAI  
 ABO  
 Phénotype RhK → R. Grand  
 Phénotype étendu  
 Coombs Direct

 Contrôle de groupe sanguin ABD → R. Grand

- Contrôle du groupe sanguin post greffe  
Date greffe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ → R. Grand

- Test de compatibilité donneur-receveur  
(si greffe ABO compatible)  
Receveur → R. Grand  
Donneur → R. Grand

Couleurs bouchons

V.: Vert, Bl.: Blanc, Or.: Orange, R.: Rouge