

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