

DEMANDE DE PLAQUETTES HLA/HPA SPÉCIFIQUES

Section I: Renseignements sur le patient

Formulaire à envoyer à votre centre de distribution une fois rempli.

Nom complet du Service de transfusion:

(aucune abréviation)

Centre de distribution de la Société canadienne du sang:

C.-B. et Yukon	Dartmouth	Terre-Neuve-et Labrador	Saskatchewan
Brampton	Edmonton		Winnipeg
	Calgary		Ottawa

Date: _____ **Médecin transfuseur:** _____
(aaaa-mm-jj) Nom

Personne-ressource: _____
Nom Téléphone

Patient: _____
Nom Date de naissance (aaaa-mm-jj)

N° d'assurance maladie ou de dossier médical : _____

(Nota : Le n° d'assurance maladie ou de dossier médical doit être le même que dans les autres rapports/résultats)

ABO/Rh: _____ **Diagnostic:** _____

Transfusion intra-utérine	Greffe de cellules souches	Allo	Auto	S.O.
	Date de la greffe : _____ (aaaa-mm-jj)			

Évaluation du patient (requis pour l'obtention de plaquettes HLA/HPA spécifiques)

- Des anticorps HLA/HPA ont-ils été détectés chez le patient dans les 3 derniers mois? (Joignez les résultats; si ≥ 3 mois, de nouveaux tests sont requis.) Oui Non
- Le patient a-t-il connu une faible augmentation de la numération plaquettaire (< 10¹⁰) ou de la CCI (< 7 500) à deux reprises post-transfusion? Indiquez avant/après ci-dessous Oui Non

Numération plaquettaire: 1re avant/après: _____ 2e avant/après: _____ Actuelle: _____

Section II: Détails de la commande (Nota : Rapports d'analyses originaux. Aucune transcription acceptée.)

Type de demande :

HLA spécifique	et/ou	HPA spécifique	HLA1b1b spécifique seulement
Analyse de typage HLA/HPA:		Ci-jointe	Test de la SCS
Analyse d'anticorps HLA/HPA:		Ci-jointe	Test de la SCS
			En attente
			En attente

Priorité au risque de TRALI (donneurs hommes seulement): Oui Non

Patient hospitalisé Indiquez les jours de transfusion prévus :

Patient externe Lun Mar Mer Jeu Ven Sam Dim

Nota : La compatibilité ABO/Rh sera outrepassée si nécessaire, dépendamment de la disponibilité (réserves ou donneurs).

Traitement: _____
Date de début (aaaa-mm-jj) Date de fin (aaaa-mm-jj) N^{bre} d'unités/sem.

Informations additionnelles:

DEMANDE DE PLAQUETTES HLA/HPA SPÉCIFIQUES

Section III: Canadian Blood Services use ONLY			
Medical Approval Decision:	Approved	Not Approved	N/A
Comments:			
_____		_____	
Approver Name		Date (yyyy-mm-dd)	

Section IV: Modification d'une commande existante	
<i>Nota : Modifications concernées : 1) Changement du n^{bre} d'unités par semaine, 2) Suspension des transfusions, 3) Reprise des transfusions et 4) Arrêt des transfusions/fermeture du dossier</i>	
Service de transfusion: (aucune abréviation) _____	
Patient: _____	_____
Nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
N° d'assurance maladie ou de dossier médical: _____	
<i>(Nota : Le n° d'assurance maladie ou de dossier médical doit être le même que dans les autres rapports/résultats)</i>	

Modification	Date et initiales	Passer de	À	Commentaires
1				
2				
3				

Date	Commentaires