



Hôpital général juif  
Jewish General Hospital

## SERVICE TRANSFUSIONNEL / TRANSFUSION SERVICE

K1.101 - 3755 Chemin de la Côte-Sainte-Catherine, Montréal, QC H3T 1E2

☎ (514) 340-8222 (ext. 25077) 📠 514-340-7932

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRESCRIPTEUR AUTORISÉ / AUTHORIZED PRESCRIBER</b><br>Nom complet / Full name : .....<br># permis / Licence # : .....<br>Clinique & bureau / Clinic & office : .....<br>Signature : ..... Date : .....<br><b>Obligatoire si hors HGJ / Mandatory if outside the JGH:</b><br>Adresse / Address : .....<br>Téléphone/Phone : ..... Fax : ..... | Patient ou individu prélevé / Patient or sampled individual<br><br>Nom complet / Full Name<br><br>Date de naissance / Date of Birth<br><br># RAMQ<br><br>Numéro de dossier / MRN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>PHLÉBOTOMISTE / PHLEBOTOMIST</b><br>Nom complet / Full name : .....<br>Clinique / Clinic : .....<br>Adresse / Address : .....<br>Signature : .....                                                                                                                                                                                          | <b>* OBLIGATOIRE / MANDATORY *</b><br><b>1) Prescripteur : Nom complet et numéro de permis d'exercice (Adresse complète si clinique hors de l'HGJ) / Prescriber : Full name and license number (Complete address if clinic is outside the JGH)</b><br><b>2) Patient ou individu prélevé : Identifiants doubles (dont le nom complet obligatoire) inscrits sur la réquisition et sur les échantillons / Patient or sampled individual : Double identifiers (including full name mandatory) must be affixed on the requisition and specimens</b><br><b>3) Le/la phlébotomiste : Doit signer et inscrire la date et l'heure de collecte sur la réquisition et sur les échantillons / Phlebotomist : Must sign and record date &amp; time of collection on the requisition &amp; samples</b> |
| <b>Collection – DATE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Collection – HEURE/TIME</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                |                                |                               |                     |                  |                              |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|---------------------|------------------|------------------------------|
| <b>Urgence / Urgency</b>                                       | <b>Date requise / required</b> | <b>Diagnostic / Diagnosis</b> | <b>Unité / Unit</b> | <b>Extension</b> | <b># Pneumatique / PTS #</b> |
| <input type="checkbox"/> STAT <input type="checkbox"/> Routine |                                |                               |                     |                  |                              |

### ÉCHANTILLONS DE / SPECIMEN FROM

|                                             |                                                                           |                                        |                                               |                                        |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Régulier / Regular | <input type="checkbox"/> Prenatal (Âge gestationnel/Gestational age.....) | <input type="checkbox"/> Père / Father | <input type="checkbox"/> Nouveau-né / Newborn | <input type="checkbox"/> Cordon / Cord |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|

| ANALYSES / TESTS                                                                                                |        | Tubes                    | <input checked="" type="checkbox"/> | COMPOSANTS-PRODUITS / COMPONENTS-PRODUCTS              |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------|
| Typage (ABO/RhD) / Type (ABO/RhD)                                                                               | 1 EDTA | <input type="checkbox"/> |                                     | <b>À réserver / To reserve</b>                         | <b>Quantité / Quantity</b> |
| Typage & dépistage / Type & screen                                                                              | 1 EDTA | <input type="checkbox"/> |                                     | Globules rouges / Red blood cells                      |                            |
| Test direct antiglobuline (TDA) / Direct antiglobulin test (DAT)                                                | 1 EDTA | <input type="checkbox"/> |                                     | Plaquettes / Platelets                                 |                            |
| Titre d'anticorps maternels / Maternal antibody titer                                                           | 2 EDTA | <input type="checkbox"/> |                                     | Plasma                                                 |                            |
| Agglutinines froides / Cold agglutinin                                                                          | 2 EDTA | <input type="checkbox"/> |                                     | Cryoprécipité / Cryoprecipitate                        |                            |
| Transfusion – Réaction / Reaction : .....                                                                       | 1 EDTA | <input type="checkbox"/> |                                     | Immunoglobulines Rh (IgRh) / Rh immunoglobulins (Rhlg) |                            |
| Test pré-anti-CD38 / Pre-anti-CD38 testing   # tubes EDTA : ..... ou contacter ext 25077 / or contact ext 25077 |        | <input type="checkbox"/> |                                     | Autre / Other :                                        |                            |
| Autre / Other :                                                                                                 |        |                          |                                     |                                                        |                            |

|                       |
|-----------------------|
| Commentaires/Comments |
|-----------------------|

| Pour l'usage du laboratoire seulement / Lab use only |                       |    |                                                                      |         |  |       |             |  |       |     |
|------------------------------------------------------|-----------------------|----|----------------------------------------------------------------------|---------|--|-------|-------------|--|-------|-----|
| ABO/RHD HIST                                         |                       | ST |                                                                      | ABO/RhD |  | Inits | ABO/Rh RETP |  | Inits | ABS |
| DAT Poly                                             | Commentaires/Comments |    |                                                                      |         |  |       |             |  |       |     |
| DAT IgG                                              |                       |    |                                                                      |         |  |       |             |  |       |     |
| DAT C3d                                              |                       |    |                                                                      |         |  |       |             |  |       |     |
|                                                      |                       |    |                                                                      |         |  |       |             |  |       |     |
| e TRACE LINE                                         |                       |    |                                                                      |         |  |       |             |  |       |     |
| GRM # 9160161 – REV 2026-01-09                       |                       |    | RÉQUISITION SERVICE TRANSFUSIONNEL – TRANSFUSION SERVICE REQUISITION |         |  |       |             |  |       |     |