

PRÉLEVEUR

* LOCALISATION _____

* DATE PRÉL. : ____ / ____ / ____ * HEURE : ____ : ____

* NOM ET PRÉNOM LISIBLES _____

PRESCRIPTEUR

* NOM ET PRÉNOM COMPLETS _____ NO DE PERMIS _____

* TRANSMISSION DU RÉSULTAT À (NOM DE LA CLINIQUE) _____

MD EN COPIE (NOM ET PRÉNOM LISIBLES) _____ NO DE PERMIS _____

NOM DE LA CLINIQUE DU MD EN COPIE _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

* RAMQ _____

DOSSIER _____ SITE _____

* DATE DE NAISSANCE _____ * SEXE M F

AA/MM/JJ

* NOM _____ * PRÉNOM _____

NOM DE LA MÈRE _____

ADRESSE _____

NO CIVIQUE/RUE _____ APT _____

CODE POSTAL _____ TÉLÉPHONE _____

1- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

* **DIAGNOSTIC :** _____

* **HOPITAL TRANSFUSEUR :** _____

Chirurgie à venir (*décrire*) : _____

Date prévue de chirurgie : _____ (aaaa/mm/jj)

NÉONATALOGIE : Poids à la naissance : _____

	OUI	NON	INCONNU
Grossesse actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, nombre semaine : _____			
Grossesse, avortement antérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusion antérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réaction transfusion antérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie au latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2- DEMANDE D'ANALYSES

GROUPE SANGUIN ET RECHERCHE D'ANTICORPS
(*typage + dépistage, TD, Coombs indirect*)

2^e DÉTERMINATION ABO Rh

GROUPE SANGUIN (ABO Rh)

COOMBS DIRECT

INVESTIGATION RÉACTION TRANSFUSIONNELLE

TITRAGE D'ANTICORPS IMMUNS : _____

TITRAGE D'ANTICORPS NATURELS (*anti-A, anti-B*)

TITRAGE AGGLUTININES FROIDES (*manuel des prélèvements*)

PHÉNOTYPES ÉRYTHROCYTAIRES : _____

AUTRES : _____ (*spécifiez au besoin*)

3- DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS

CMV négatif Irradié HLA compatible

TYPE DE PRODUIT	QUANTITÉ/DOSE
Culot (<i>pédiatrie</i>)	ml
Plaquettes (<i>pédiatrie</i>)	ml
Culot globulaire	Unité(s)
Plasma congelé	ml
Plaquettes (<i>équivalent à 5 conc.</i>)	Aphérèse/pool
Cryoprécipité	Unité(s)
Ig anti-D (<i>WinRho</i>)	mcg
Albumine 5 %	ml
Albumine 25 %	ml
Conc. Facteurs coagulation	<i>Spécifiez :</i>
Autres :	
Immunoglobulines IV :	Utiliser AH-240 ou AH-241
Immunoglobulines SC :	
Indication _____	Dose/sem. _____ (g)
Poids _____ (Kg) Taille _____ (cm)	Durée _____ (max 13 sem.)
Dose _____ (g/Kg)	Format <input type="checkbox"/> 1g <input type="checkbox"/> 2g <input type="checkbox"/> 4g <input type="checkbox"/> 10g

4- PRIORITÉ TRANSFUSIONNELLE

ROUTINE (CE JOUR)

TRANSFUSION PRÉVUE LE : _____

RÉAPPROVISIONNEMENT PRÉVU LE : _____

RÉSERVE

URGENCE (1 HEURE)

TRANSFERT INTER-ÉTABLISSEMENT

EXTRÊME URGENCE *

PROCÉDURE TRANSFUSION MASSIVE (PTM) *

* J'assume la responsabilité des évènements imputables à l'omission des épreuves de compatibilité et du dépistage d'anticorps.

Signature du médecin prescripteur : _____

Date : _____ (aaaa/mm/jj)

5- CONFORMITÉ

Étiqueter chaque tube au chevet du patient.

Les initiales du préleveur doivent être présentes sur l'échantillon et correspondre au nom du préleveur inscrit sur le formulaire.

Les nom/prénom et numéro de référence personnalisé de l'utilisateur sur l'étiquette doivent être orthographiés de façon identique à ceux inscrits sur le formulaire. Ces informations doivent être complètes et lisibles.

* Informations obligatoires