

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 _____

* DATE DE NAISSANCE _____ * SEXE M F

Pour les usagers qui n'ont pas de RAMQ (exclusivement) AA/MM/JJ

* NOM _____ * PRÉNOM _____

NOM DE LA MÈRE _____

N° CHAMBRE _____

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)

Poids (*pédiatrie*): _____

	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
(ttype+dépiage, 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 (*2 tubes rouges à 37°C*)

PHÉNOTYPES ÉRYTHROCYTAIRES : _____
(spécifiez au besoin)

AUTRES : _____

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>)	Unité(s)
Surnageant cryo	ml
Cryoprécipité	Unité(s)
Ig anti-D (<i>WinRho</i>)	mcg
Albumine 5 %	ml
<input type="checkbox"/> En continu _____ ml/h	
Albumine 25 %	ml
<input type="checkbox"/> En continu _____ ml/h	
Conc. Facteurs coagulation	<i>Spécifiez :</i>
Autres : _____	
Immunoglobulines IV :	
Indication _____	
Poids _____ (Kg)	
Dose/jour _____ g	
Durée _____ jours	

4- PRIORITÉ TRANSFUSIONNELLE

CE JOUR

TRANSFUSION PRÉVUE LE : _____

RÉSERVE

URGENCE

EXTRÊME URGENCE
J'assume la responsabilité des événements imputables à l'omission des épreuves de compatibilité et du dépiage 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'usager sur l'étiquette doivent être orthographiés de façon identique à ceux inscrits sur le formulaire. Ces informations doivent être complètes et lisibles.