

FORMULAIRE DE COLLECTE DE CELLULES SOUCHES PÉRIPHÉRIQUES STIMULÉES AVEC G-CSF

_____	_____	D.D.N.: _____
Identification HQ du donneur	Nom du donneur	(jj/mm/aaaa)
_____	_____	
Identification HQ du receveur	Identification internationale du receveur	

Information concernant le prélèvement :

WBC du donneur avant la procédure : _____	
Heure du début de la procédure : _____	
Accès veineux : <input type="checkbox"/> Cubital <input type="checkbox"/> Fémoral <input type="checkbox"/> Autre : _____	
Si cathéter veineux central, justifier : _____	
Plusieurs accès veineux nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si Oui, expliquez : _____	
Le donneur a eu des réactions au citrate? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si Oui, expliquez : _____	
Liste de traitement suite à la réaction au citrate : _____	

Liste des médicaments reçus pendant le prélèvement : _____	

WBC après le prélèvement (si disponible) : _____	
Heure de fin du prélèvement : _____	

Information sur le produit:

Volume de sang traité : _____ Litres	
Séparateur de cellules utilisé : _____	Version n°: _____
Anticoagulant : _____ Volume _____ N° Lot _____ Expiration _____	
Produits sanguins:	
Le donneur a reçu du sang durant ou suivant le prélèvement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Homologue _____ Autologue _____	
Le donneur a reçu d'autres produits sanguins durant le prélèvement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, quel type et la quantité : _____	
Le donneur a reçu une prescription de médicaments lors de son congé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, quel type de médicaments : _____	
Complications associées au prélèvement (i.e. perte de conscience, vomissement, etc.)? Si oui, expliquez : _____	

Infirmière : _____		
Nom (en lettres d'imprimerie)	Signature	(jj/mm/aaaa)

Une fois le suivi complet, SVP télécopier à HÉMA-QUÉBEC au (514) 832-0266