



Produits sanguins  
Cellules souches  
Tissus humains



Héma-Québec  
Registre de donneurs de cellules souches  
4045, boul. Côte-Vertu  
St-Laurent (QC) H4R 2W7 Canada  
Tel : + 514-832-1031  
Fax : + 514-832-0266  
www.hema-quebec.qc.ca

## RÉVISION MÉDICALE DU DONNEUR PAR LE CENTRE COLLECTEUR

(Sections 1, 2 ou 3 à remplir par le Centre Collecteur, selon le cas. Section 4 à remplir par le Centre Transplantateur, tel qu'exigé)

Identification Héma-Québec du Patient :		Identification Héma-Québec du Donneur :
Identification externe du Patient :		
Centre Collecteur :		
Date(s) de prélèvement (jj/mm/aaaa) :		Heure de prélèvement :
Produits : <input type="checkbox"/> Moelle osseuse <input type="checkbox"/> PBSC stimulées par G-CSG <input type="checkbox"/> Leucaphérèse non-stimulée (DLI)		
<p><b>1- <u>DONNEUR EST AUTORISÉ À DONNER (Cleared)</u></b></p> <p><b>Après évaluation de l'état physique (incluant les accès veineux), analyses des résultats de laboratoire, des antécédents médico-sociaux, ainsi que l'évaluation de la prescription du produit demandé par le Centre Transplantateur, il est de mon opinion que :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Le donneur est médicalement apte à faire un don de cellules souches à ce moment-ci.</p> <p><input type="checkbox"/> Le donneur est médicalement apte à faire un don de cellules souches à ce moment-ci, avec des résultats pouvant poser un risque potentiel pour le patient. Se référer à la Section 3 – Résultats pouvant poser un risque potentiel pour le patient.</p> <p>Nom du médecin du Centre Collecteur : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____</p> <p>Signature du médecin du Centre Collecteur _____</p>		
<p><b>2- <u>DON EST REPORTÉ</u></b></p> <p><b>Ce donneur n'est pas apte à faire un don de cellules souches en ce moment pour les raisons suivantes :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Documentation à l'appui en pièce-jointe.</p> <p><input type="checkbox"/> Le donneur fut conseillé par moi-même concernant les raisons ci-haut mentionnées.</p> <p>Nom du médecin du Centre Collecteur : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____</p> <p>Signature du médecin du Centre Collecteur : _____</p>		



Produits sanguins  
Cellules souches  
Tissus humains



Héma-Québec  
Registre de donneurs de cellules souches  
4045, boul. Côte-Vertu  
St-Laurent (QC) H4R 2W7 Canada  
Tel : + 514-832-1031  
Fax : + 514-832-0266  
www.hema-quebec.qc.ca

## RÉVISION MÉDICALE DU DONNEUR PAR LE CENTRE COLLECTEUR

(Sections 1, 2 ou 3 à remplir par le Centre Collecteur, selon le cas. Section 4 à remplir par le Centre Transplantateur, tel qu'exigé)

### 3- ÉLÉMENTS À ÊTRE ÉVALUÉS PAR LE CENTRE TRANSPLANTEUR (doit comprendre au minimum un critère d'interdiction selon les normes canadiennes CAN/CSA-Z900)

Les résultats mentionnés peuvent poser un risque potentiel pour le patient :

Documentation à l'appui en pièce jointe

J'ai conseillé le donneur personnellement; le donneur a été informé que les conclusions ci-dessus, identifiées lors de l'examen médical, seront transmises au Centre Transplantateur par Héma-Québec à des fins de révision.

Il est de la responsabilité du Centre Transplantateur de prendre la décision de poursuivre ou non avec ce donneur.

Nom du médecin du Centre Collecteur : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin du Centre collecteur : \_\_\_\_\_

### 4- DÉCISION DU CENTRE TRANSPLANTEUR

(À remplir par le Centre Transplantateur et à retourner à Héma-Québec)

Pour les Centres Transplantateurs Québécois

**Le donneur est accepté pour le don de cellules souches, veuillez procéder au prélèvement**  
(✓ un des choix ci-dessous)

Après révision des résultats, le Centre Transplantateur évalue que les résultats ne posent aucun risque pour le patient.

Après révision des résultats, le Centre Transplantateur évalue que les résultats posent un risque acceptable pour le patient.

- Le Centre transplantateur procédera selon la Distribution exceptionnelle :  Oui  Non  N/A

- Le patient fut avisé et conseillé concernant l'impact sur sa santé des résultats obtenus :  Oui  Non

#### **Donneur non retenu**

Après révision des résultats, le Centre Transplantateur considère que les résultats obtenus posent un risque inacceptable pour la santé du patient et ne peut accepter le donneur.

Signature du médecin transplantateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Nom du médecin transplantateur : \_\_\_\_\_