

## LISTE DE PRODUITS SANGUINS TRANSFUSÉS

Nom du receveur : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_\_

Numéro de référence externe SVP Précisez : \_\_\_\_\_

Nom du CH : \_\_\_\_\_ N° d'enquête : \_\_\_\_\_

### Autorisation de divulguer des informations à Héma-Québec

- Le receveur nommé ci-dessus (ou  son représentant légal) a donné un consentement verbal.  
 Le receveur nommé ci-dessus (ou  son représentant légal) a donné un consentement écrit dont la copie est  
 Jointe ou  disponible sur demande.

### Identification des dons transfusés

À remplir par la banque de sang du centre transfuseur (si besoin)

	Groupe sanguin	Numéros de don	Produits ou composants	Date de transfusion
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Directeur Banque de sang ou son délégué

jj-mm-aaaa

Faire des copies ou ajouter d'autres feuilles si nécessaire