

CONFIRMATION DE PRÉLÈVEMENT DE CELLULES SOUCHES

À compléter par le conseiller HQ et envoyer au Centre collecteur approprié

Nom du donneur :	Identification HQ du donneur :		
DDN du donneur (jj/mm/aaaa) :	Identification HQ du patient :		
Téléphone (résidence.) :	Téléphone (travail) :		
N° RAMQ :	Médecin de famille :		
Expiration RAMQ :	Poids du donneur :		
Adresse :			
Nom de l'accompagnateur et relation :			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Dates de collecte proposées par le Centre transplantateur : 1. _____ 2. _____ 3. _____ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Dates de disponibilité du Donneur : 1. _____ 2. _____ 3. _____ </td> </tr> </table>		Dates de collecte proposées par le Centre transplantateur : 1. _____ 2. _____ 3. _____	Dates de disponibilité du Donneur : 1. _____ 2. _____ 3. _____
Dates de collecte proposées par le Centre transplantateur : 1. _____ 2. _____ 3. _____	Dates de disponibilité du Donneur : 1. _____ 2. _____ 3. _____		
Rapport de l'état du patient (ENR-02649) <input type="checkbox"/> Ci-joint			
1. <i>Prescription pour prélèvement de moelle osseuse :</i> <input type="checkbox"/> Ci-joint, ou			
2. <i>Prescription pour prélèvement de cellules souches périphériques stimulées :</i> <input type="checkbox"/> Ci-joint, ou			
3. <i>Prescription pour prélèvement de leucocytes :</i> <input type="checkbox"/> Ci-joint			
4. <i>Demande de don additionnel (si nécessaire) :</i> <input type="checkbox"/> Ci-joint			

À compléter par le Centre collecteur et envoyé au conseiller H-Q :

Centre collecteur :	
Date et heure de l'examen du donneur (jj/mm/aaaa) :	
Date de l'approbation au don « Clearance » (jj/mm/aaaa) :	
Confirmation de la date de collecte (jj/mm/aaaa) :	Jour 1 : Jour 2 :
Confirmation de la date d'injection du G-CSF (si nécessaire) :	Administré par :
Confirmation de l'heure du prélèvement :	Heure finale de disponibilité du produit :
Nom du médecin collecteur :	Signature : _____