



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains



Héma-Québec
Registre des Donneurs de Cellules Souches
4045 Côte-vertu, St-Laurent,
QC, Canada, H4R 2W7
Tél : + 514-832-1031
Télécopie : + 514-832-0266
www.hema-quebec.qc.ca

RAPPORT DE COLLECTE DE LEUCOCYTES PAR APHÉRÈSE (MNC, APHÉRÈSE)

(Le centre collecteur doit compléter ce formulaire afin de confirmer les détails de la collecte de leucocytes et des résultats d'analyses)

# Identification HQ du receveur:	# Identification HQ du donneur:
# Identification internationale du receveur:	Date de naissance du donneur (jj/mm/aaaa):
Centre Collecteur:	ABO/Rh du donneur:
Date de Collecte: (jj/mm/aaaa)	Donneur: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DÉTAILS DE LA COLLECTE JOUR 1 – Date de collecte (jj/mm/aaaa) : _____	
Volume de sang traité: _____	
WBC: _____ x 10 ⁹ /L x Volume total du produit: _____ mL = Cellules Nucléées Totales: _____ x 10 ⁹	
MNC: _____ x 10 ⁹ /L x Volume total du produit: _____ mL = Cellules Nucléées Totales: _____ x 10 ⁹	
Cellules Totales CD34+ collectées _____ x 10 ⁸	
Documentez le volume et la concentration de milieux de culture, anticoagulants et antibiotiques ajoutés au produit après la collecte: Spécifiez les numéros de lot et la date d'expiration si applicable.	
Additif: _____ ml Conc. _____ #Lot: _____ Date expiration : _____	
Additif: _____ ml Conc. _____ #Lot: _____ Date expiration: _____	
Entreposage du produit: Heure : _____ Fuseau horaire: _____ Température: _____ (si applicable)	
Y a-t-il des changements non prévus au produit demandé? Si oui, spécifier:	Y a-t-il des changements au nombre d'échantillons demandé? Si oui, spécifier:

Signature: _____ Date (jj/mm/aaaa): _____



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains



Héma-Québec
Registre des Donneurs de Cellules Souches
4045 Côte-vertu, St-Laurent,
QC, Canada, H4R 2W7
Tél : + 514-832-1031
Télécopie : + 514-832-0266
www.hema-quebec.qc.ca

RAPPORT DE COLLECTE DE LEUCOCYTES PAR APHÉRÈSE (MNC, APHÉRÈSE)

DÉTAILS DE LA COLLECTE JOUR 2 - Date de Collecte: (jj/mm/aaaa): _____	
Volume de sang traité: _____	
WBC: _____ x 10 ⁹ /L x Volume Total du produit: _____ mL = Cellules Nucléées Totales: _____ x 10 ⁹	
MNC: _____ x 10 ⁹ /L x Volume Total du produit: _____ mL = Cellules Nucléées Totales: _____ x 10 ⁹	
Cellules Totales CD34+ collectées _____ x 10 ⁸	
Documentez le volume et la concentration de milieux de culture, anticoagulants et antibiotiques ajoutés au produit après la collecte: Spécifiez les numéros de lot et la date d'expiration.	
Additif: _____ mL Conc. _____ #Lot: _____ Date Expiration: _____	
Additif: _____ mL Conc. _____ #Lot: _____ Date Expiration: _____	
Entreposage du produit: Heure _____ Fuseau horaire: _____ Température: _____ (si applicable)	
Y a-t-il des changements non prévus au produit demandé? Si oui, spécifier:	Y a-t-il des changements au nombre d'échantillons demandé? Si oui, spécifier:

Signature: _____ Date (jj/mm/aaaa): _____

VÉRIFICATION DE L'IDENTIFICATION DU PRODUIT

Courrier: J'ai examiné tous les produits, échantillons et documents et je certifie qu'ils sont justes et complets selon les identificateurs du donneur et du receveur indiqués sur ce formulaire.	
Nom du Courrier: _____	Signature du Courrier: _____ Date (jj/mm/aaaa): _____
Relâche du produit au courrier (jj/mm/aaaa) _____	Heure: _____ Fuseau horaire: _____
Représentant du Centre Collecteur: _____	Signature: _____
Date (jj/mm/aaaa): _____	

Courrier- original; copie au Centre Collecteur et à Héma-Québec au +(514)832-0266.

RAPPORT DE COLLECTE DE LEUCOCYTES PAR APHÉRÈSE (MNC, APHÉRÈSE)

Centre Transplantateur

En acceptant le produit suivant, vous (le Centre transplantateur) acceptez les conditions suivantes:

- Que le produit provenant du donneur ci-haut mentionné doit être utilisé seulement pour le patient, également ci-haut mentionné, et ce, sans délai.
- L'excédent des cellules recueillies peut être congelé et conservé pour usage ultérieur seulement à des fins thérapeutiques pour ce même patient. Aucun autre usage n'est autorisé.
- Les cellules non utilisées à des fins thérapeutiques pour ce patient doivent être détruites de façon appropriée.
- Des informations détaillées doivent être fournies à Héma-Québec sur l'utilisation et / ou la destruction du produit, en tout ou en partie.
- Toute demande de dérogation à ces conditions doit être soumise par écrit à Héma-Québec pour approbation avant le prélèvement de cellules souches. Héma-Québec se réserve le droit d'accepter ou de refuser toute telle demande. (ex. cryopréservation du produit total).

À être complété par le Centre Transplantateur

Les spécifications ci-hauts mentionnées sont : acceptées non acceptées

Signature du médecin transplantateur : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____

Nom du médecin transplantateur (caractères d'imprimerie) : _____