

## 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 :	
<b>Dates de collecte proposées par le Centre transplantateur :</b>  1. _____ 2. _____ 3. _____	<b>Dates de disponibilité du Donneur :</b>  1. _____ 2. _____ 3. _____
Rapport de l'état du patient (ENR-02649) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ci-joint</span>	
1. <i>Prescription pour prélèvement de moelle osseuse :</i> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ci-joint, ou</span>	
2. <i>Prescription pour prélèvement de cellules souches périphériques stimulées :</i> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ci-joint, ou</span>	
3. <i>Prescription pour prélèvement de leucocytes :</i> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ci-joint</span>	
4. <i>Demande de don additionnel (si nécessaire) :</i> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Ci-joint</span>	

### 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 : <span style="margin-left: 100px;">Jour 2 :</span>
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 : _____