



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

Formulaire de Collecte de Moelle Osseuse

_____	_____	D.D.N.: _____
Identification HQ du donneur	Nom du donneur	(jj/mm/aaaa)
_____	_____	
Identification HQ du receveur	Identification internationale du receveur	

Information concernant le prélèvement:

Décompte total des globules blancs périphériques provenant des résultats ayant été obtenus en < 24 heures précédant la collecte (résultats non corrigés d'un appareil de numération cellulaire): _____	
Pré collecte Hgb: _____	Heure du test: _____
Type d'anesthésie : Générale <input type="checkbox"/> Rachidienne <input type="checkbox"/>	
Heure de l'induction de l'anesthésie : _____	Heure de début du prélèvement de la moelle: _____
Numération des cellules nucléées obtenue sur un échantillon de moelle non-filtré (résultats non corrigés obtenus d'un appareil de numération cellulaire): _____	
Post-collecte Hgb (si disponible): _____	Heure du test : _____
Heure de la sortie de la salle d'opération: _____	

Heure de l'admission à l'hôpital: _____	Date (jj/mm/aaaa): ____/____/____
Heure du congé de l'hôpital: _____	Date (jj/mm/aaaa): ____/____/____
Produits sanguins:	
Est-ce que le donneur a reçu une transfusion autologue (globules rouges) pendant l'hospitalisation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce que le donneur a reçu un culot globulaire homologues (globules rouges) pendant l'hospitalisation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Est-ce que le donneur a reçu d'autres produits sanguins pendant l'hospitalisation? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, spécifiez le produit et la quantité: _____	

Y a-t-il eu une prescription de médicament au congé? _____	
Si oui, spécifiez : _____	
Le donneur a-t-il eu des complications suite au don de moelle osseuse (ex.: perte de connaissance, vomissement, etc.)? Si oui, spécifiez: _____	

Médecin collecteur : _____	_____	_____
Nom (SVP imprimer)	Signature	jj/mm/aaaa

Formulaire de Collecte de Moelle Osseuse

Donneur a-t-il besoin d'être suivi au Centre de collecte? Oui Non
Personne contact au Centre de collecte: _____ Date du suivi: ____/____/____
(jj/mm/aaaa)

SVP énumérer toute complication au moment du suivi: _____

Une fois le suivi complet, SVP télécopier à HÉMA-QUÉBEC au (514) 832-0266.

Avis au 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'excédant des cellules recueillies peut être entreposé 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 du produit et / ou la destruction de toutes les parties du produit.
- Les demandes de dérogation à ces conditions doivent être soumises par écrit à Héma-Québec pour approbation avant le prélèvement de cellules souches

À être complété par le Centre Transplantateur

Les spécifications ci-hauts mentionnées sont : acceptées non acceptées

Signature du médecin transplantateur : _____

Date : _____

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