



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  
Fax : + 514-832-0266  
www.hema-quebec.qc.ca

## RAPPORT DE COLLECTE DE MOELLE OSSEUSE

Le centre collecteur doit remplir ce formulaire afin de confirmer les détails de la collection de moelle osseuse et des résultats d'analyses

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

### DETAILS DE LA COLLECTION:

Heure de début (24h):	Heures de fin (24h):	Fuseau horaire:	Nombre total de sacs:
Volume totale de la collection: _____ L			

### DÉTAILS DU PRODUIT:

Nombre total de cellules nucléées (TNC): _____ x 10 <sup>8</sup>	
Nombre de cellules nucléées (10 <sup>8</sup> ) par sac : Sac #1: _____ Sac #2: _____ Sac #3: _____	
Anticoagulant utilisé:	Quantité/Ratio:
Milieu de culture utilisé:	Quantité/Ratio:
Est-ce que le produit de moelle osseuse a été filtré? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Méthode:
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: \_\_\_\_\_

### VÉRIFICATION DE L'IDENTIFICATION DU PRODUIT

<p>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.</p>		
Nom du Courrier: _____	Signature du Courrier: _____	Date: _____
Réception du produit par courrier (jj/mm/aaaa) _____ Heure: _____ Fuseau horaire: _____		
Représentant du Centre Collecteur: _____	Signature: _____	Date: _____

*Messageur- original; copie au Centre collecteur et à Héma-Québec + (514)832-0266*

## RAPPORT DE COLLECTE DE MOELLE OSSEUSE

### 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 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 a entière discrétion d'accepter ou refuser toute 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 : \_\_\_\_\_

Nom du médecin transplantateur (caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_