

FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU SERVICE À LA CLIENTÈLE-HÔPITAUX (514) 904-2522 / 1 (866) 811- 9465

SECTION 1 – DEMANDE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN REQUÉRANT

Client : _____ N° de requête TRACELINE : _____ Nom du patient : _____ Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M DDN (jj-mm-aaaa) : _____ Nom du médecin requérant : _____	Produit demandé : _____ Quantité demandée : _____ Groupe _____ Rh _____ anti-CMV nég <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> S/o Irradié par Héma-Québec <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non NB : HQ sélectionnera un donneur selon le groupe ABO Rh et la détermination de l'anti-CMV, connu dans son système informatique, basé sur les résultats d'un don antérieur.
Motif clinique : _____	
J'accepte de recevoir les produits pour lesquels les analyses sont incomplètes.	
Signature du médecin requérant : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____	

SECTION 2 – AUTORISATION PAR HÉMA-QUÉBEC (À OBTENIR AVANT LA DISTRIBUTION)

AUTORISATION VERBALE (au besoin)	AUTORISATION ÉCRITE
NOM DU MÉDECIN DE GARDE D'HQ APPEL FAIT PAR / DATE	SIGNATURE DU MÉDECIN DE GARDE D'HQ DATE

SECTION 3 – PRODUITS À LIBÉRER

N° DU DON OU DE POOL DE PLAQUETTES	Date de prélèvement ou préparation	N° DES DONS DU POOL (SI POOL À LIBÉRER)

SECTION 4 – DISTRIBUTION

Au médecin traitant, par la présente, nous confirmons que pour les dons mentionnés ci-dessus, les analyses habituellement effectuées par Héma-Québec n'ont pas toutes été complétées.

Analyses	En attente	Analyses	En attente	Non testées	Produit(s) étiqueté(s) :
ABO et Rh	<input type="checkbox"/>	AgHBs (VHB-D-FIN)	<input type="checkbox"/>		PARAPHE : _____ Date : _____
Recherche Ac irréguliers (AC DEP MP)	<input type="checkbox"/>	Anti-HBc (HBC-D-FIN)	<input type="checkbox"/>		
Syphilis (SYPH-D-FIN)	<input type="checkbox"/>	TAN VIH-VHC-VHB (TANMUL-DEP)	<input type="checkbox"/>		
Anti-VIH 1/2 (VIH-D-FIN)	<input type="checkbox"/>	Dépistage du Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anti-HTLV-I/II (HTLV-D-FIN)	<input type="checkbox"/>	TAN VNO (TANVNO-DEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anti-VHC (VHC-D-FIN)	<input type="checkbox"/>	Anti-CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

PRODUITS PLAQUETTAIRES UNIQUEMENT

Culture bactérienne : Échantillon prélevé * Culture non testée En attente (**Suivi uniquement si culture positive**)

*Échantillon prélevé avant le délai de 48 heures d'attente prévu au protocole d'échantillonnage.

LES RÉSULTATS DU DON ANTÉRIEUR ACCOMPAGNENT L'ENVOI N° DON(S) ANTÉRIEUR(S):	_____ _____ _____ _____
--	----------------------------------

Date et heure approximatives de la disponibilité des résultats : _____
Date approximative de la disponibilité du résultat du dépistage du Chagas (s'il y a lieu) : _____

EXP / SCH : TRANSMETTRE AU CLIENT DÈS QUE DISPONIBLE ↓

COMPLÉTÉ PAR	_____
DATE	_____
N° commande ePROGESA	_____

N° Bon de distribution	_____
Date / Heure d'émission	_____
Paraphe / Service	_____