

**DEMANDE DE TRANSFUSION AUTOLOGUE PAR LE MÉDECIN****SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PATIENT**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe :  Féminin  MasculinDate de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Jour Mois Année

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : Domicile : \_\_\_\_\_

Bureau: \_\_\_\_\_

Cellulaire: \_\_\_\_\_

Imprimer Carte d'Assurance-maladie et/ou carte d'hôpital

**SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS CENTRE HOSPITALIER**

Nom du centre hospitalier : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Médecin prescripteur : \_\_\_\_\_

# Permis: \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Numéro de cellulaire: \_\_\_\_\_

Directeur de la banque de sang impliqué : \_\_\_\_\_

 **Demande approuvée par le directeur médical de la banque de sang (Obligatoire)**

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES**

ABO/Rh :

Phénotype érythrocytaire rare :

Allo anticorps :

Antécédents médicaux: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Médicaments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**S'il y a un antécédent d'évidement axillaire, autorisez-vous le prélèvement du même côté si le bras controlatéral ne présente pas d'accès veineux satisfaisant?** OUI NON NON APPLICABLE**IMPORTANT : Veuillez compléter la section pertinente au contexte clinique du patient****OBLIGATOIRE : Le taux d'Hb doit avoir été contrôlé dans le dernier mois**Hb : \_\_\_\_\_ g/L Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Jour Mois AnnéeFerritine : \_\_\_\_\_ mcg/L Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Jour Mois AnnéePrescription de supplément de fer oral :  Oui Dose : \_\_\_\_\_Date de début : \_\_\_\_\_  NonPrescription de fer IV :  Oui Dose : \_\_\_\_\_Date d'administration : \_\_\_\_\_  Non

## DEMANDE DE TRANSFUSION AUTOLOGUE PAR LE MÉDECIN

### SECTION 4 : CONTEXTE CLINIQUE

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT  S/O

CHIRURGIE / INTERVENTION INVASIVE  S/O

ATCD obstétricaux (à compléter) :

G : P : A :

DPA :

Type d'intervention :

Date prévue :

Lieu d'accouchement :

Mode d'accouchement prévu :  Vaginal  Césarienne

Risque estimé de saignement:  Risque faible  Risque modéré  Risque élevé

Précision :

Facteurs de risques connus de saignement (ex : Trouble de l'hémostase) :

Besoin transfusionnel anticipé (préciser nombre total de culots) :

Nombre de culot(s) autologue(s) à prélever :

Médecin accoucheur ou chirurgien (si non-identifié à la section 2) :

AUTRES

S/O

Sang rare<sup>1</sup>: Culot(s) à congeler pour besoin(s) futur(s).

Autre précision : \_\_\_\_\_

Nombre de culot(s) à prélever : \_\_\_\_\_

**IMPORTANT** : La période de validité de la demande est de 6 mois à compter de la date d'approbation et de signature du directeur médical à Héma-Québec.

**NOTE <sup>1</sup>** : Héma-Québec favorise le processus d'un prélèvement de don allogénique, même pour les demandes de dons autologues, si les délais le permettent et que le patient est éligible selon les critères de qualification pour le don allogénique. Dans les cas de sang rare, si le don allogénique n'est pas utilisé, il sera glycérolé et entreposé dans la banque de sang rare pour répondre aux besoins de tous les patients ayant ce type de sang. Ceci sera discuté au préalable avec le médecin requérant et son patient.

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                    Jour Mois Année

### SECTION 5: RÉSERVÉ À HÉMA-QUÉBEC (LABORATOIRE DE LAVAGE ET CONGÉLATION DU SANG (CON))

Patient connu :  Oui  Non  # Individu EdgeLab :

# Donneur ePROGESA:

Anticorps connus :

Donneurs connus avec le phénotype rare :

Oui, Nombre de donneurs :

Non

Nombre de culot glycérolé en inventaire :

Péremption post-déglycérolisation :

24 heures:

7 jours :

Complété par (paraphe/date) :

Vérifié par (paraphe/ date) :