

REQUÊTE DE PLAQUETTES OU GRANULOCYTES PAR APHÉRÈSE

IMPORTANT : Ce formulaire « ENR-00786 » doit être rempli par le centre hospitalier. De plus, pour les demandes de GRANULOCYTES PAR APHÉRÈSE, le formulaire ENR-00533 *Demande et libération de produits avec analyses incomplètes*, doit aussi être rempli.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (RECEVEUR)	Nom :		Prénom :	
	Date de naissance : Jour / mois / année		Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
	Groupe sanguin et Rh :			
RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE HOSPITALIER	Nom du centre hospitalier :			
	N° de client :		Demandée par :	
	Nom du médecin traitant / Hématologue :			
DIAGNOSTIC :		À transfuser le :		
PLAQUETTES PAR APHÉRÈSE : <input type="checkbox"/>		IRRADIÉES <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
GRANULOCYTES PAR APHÉRÈSE : <input type="checkbox"/>		IRRADIÉES <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		Anti-CMV NÉG. <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
		Anti-CMV NÉG. <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà fait une demande pour ce patient ?				
<input type="checkbox"/> OUI Dernière plaquette par aphérèse : Date : _____ N° de don : _____				
Décompte plaquettaire pré-transfusion : _____				
Décompte plaquettaire post-transfusion : 1 h _____ 24 h _____				
<input type="checkbox"/> NON				
Typage HLA : déjà fait à Héma-Québec <input type="checkbox"/> fait au centre hospitalier <input type="checkbox"/> non fait <input type="checkbox"/>				
Typage HLA : _____				
Recherche d'anticorps anti-HLA faite : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Spécificité : _____				
PRIORITÉ (Rh non requis) : Compatibilité HLA <input type="checkbox"/> Compatibilité ABO <input type="checkbox"/>			Si Rh requis	
TOUS LES GROUPES SONT ACCEPTÉS : OUI <input type="checkbox"/> OU <input checked="" type="checkbox"/>			Rh : Pos <input type="checkbox"/> Nég <input type="checkbox"/>	
Choix de groupes : 1 ^{er} _____ 2 ^e _____ 3 ^e _____			Justification : _____	
LA SECTION SUIVANTE EST RÉSERVÉE À HÉMA-QUÉBEC				
ID PROGESA : _____ Date / heure : _____			Numéro de don ↓	
Groupe : _____ Statut Anti-CMV (connu) : _____				
Phéno HLA du donneur : A _____, A _____ ; B _____, B _____				
COMPATIBILITÉ : _____ Complété par : _____ (paraphe/date)				
Vérifié par : _____ (paraphe/date)				
Plaquettes par aphérèse - 1 produit			Plaquettes par aphérèse - 2 produits	
Banque <input type="checkbox"/> HLA <input type="checkbox"/> ou granulocytes par aphérèse <input type="checkbox"/>			Banque <input type="checkbox"/> HLA <input type="checkbox"/>	
N° receveur : _____			N° receveur : _____	
N° commande PROGESA : _____			N° commande PROGESA: _____ - _____	
Par : _____			E3087V00 E3088V00	
Par : _____			Par : _____ - _____	
Note : _____				