

À REMPLIR

N° de client : _____ Nom du client : _____
 Date de livraison désirée : _____
 Transport : Banque AM Autobus _____
 Banque PM Tournée _____ Autre _____
CONFIRMATION DE COMMANDE URGENTE DÉJÀ FAITE PAR TÉLÉPHONE
 Commande placée par : _____ Date : _____ Heure : _____

RÉSERVÉ À HÉMA-QUÉBEC

Complété par : _____ Chauffeur HQ jour
 Date : _____ Chauffeur HQ nuit

CULOTS GLOBULAIRES :

Moins de jours du prélèvement

	O+	O-	A+	A-	B+	B-	AB+	AB-
Réguliers								
anti-CMV négatif								
Réguliers IRRADIÉS								
anti-CMV négatif IRRADIÉS								

POCHES PÉDIATRIQUES NON ALIQUOTÉES

Culot moins de jours du prélèvement
 Produits plaquettaires
 Quantité : _____
 Groupe et Rh: _____
 Anti-CMV négatif
 Irradié

PRODUITS PLAQUETTAIRES (1 = une dose soit 1 plaquette par aphérèse ou 1 pool de plaquettes)

	O ^{TEND}	O	A	B	AB	Remarque(s) :
Réguliers						
anti-CMV négatif						
Réguliers IRRADIÉS						
anti-CMV négatif IRRADIÉS						
Transfusion prévue le :						
PRODUITS CONGÈLES						
	O	A	B	AB		
Plasmas congelés						
Cryoprécipités						
Surnageants de cryo						

À L'USAGE DE HEMA-QUEBEC

Remarque : _____ N° commande ePROGESA : _____
 _____ Par : _____ Heure : _____

Télécopieurs : (514) 904- 2522 / sans frais 1 (866) 811- 9465