

EXCLUSION DE DONNEUR(S) POUR UN PATIENT

Section à remplir par le client			
Nom du client :		N° de client :	
Nom complet du médecin :			
N° de référence Traceline :		Date de la demande : jj / mm / aaaa	
Motif de la demande :			
Information sur le patient			
Nom :		Prénom :	
Groupe ABO/Rh :	Date de naissance : jj / mm / aaaa	Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	
Section réservée à l'usage d'Héma-Québec			
N° de dossier (relié à la surveillance) :		Date du dossier (création de l'enquête) :	
N° ePROGESA DES DONNEUR(S) À EXCLURE (POUR LE PATIENT)			
1		4	
2		5	
3		6	

AUTORISATION MÉDICALE <input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> ÉCRITE	
NOM DU MÉDECIN DE GARDE D'HQ	PARAPHE SCH/ DATE
SIGNATURE DU MÉDECIN D'HQ	DATE
Raison : <input type="checkbox"/> Réaction allergique majeure <input type="checkbox"/> Autre _____	

N° de surveillance :	N° DE PATIENT CRÉÉ :		
N° de commande PROGESA :	Complétée par (paraphe SCH) :		
N° DE(S) DON(S)	VÉRIFICATION	VÉRIFICATION	RÉSERVATION
	<input type="checkbox"/> EXP <input type="checkbox"/> LRCS (PARAPHE)	<input type="checkbox"/> SCH (PARAPHE)	<input type="checkbox"/> ETI / Libération des produits <input type="checkbox"/> *SCH (PARAPHE)

LRCS : Remettre les produits et le formulaire au service de l'expédition.

EXP : Lorsque le LRCS apporte les produits et le formulaire (1^e vérification effectuée) :

- | | |
|---|--|
| 1. Mettre les produits de côté. | 3. Remettre les produits et le formulaire à l'ETI. |
| 2. Faire parapher le formulaire par le SCH. | 4. Remettre le formulaire complété au SCH. |

SCH : Joindre le formulaire au dossier.

* Si les produits sont réservés par SCH, EXP doit transformer les produits « en lui-même » avant de les distribuer.