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 Sexe ☐ M ☐ F	
Nom :	Prénom :
Groupe ABO/Rh :	Date de naissance (jj / mm / aaaa) :

Section à remplir par Héma-Québec			
Réaction transfusionnelle **précédant** la demande de surveillance : **RTS-** **créée le :**			
N° ePROGESA DES DONNEUR(S) À EXCLURE			
1		4	
2		5	
3		6	

AUTORISATION MÉDICALE (pour la création de la surveillance) ☐ VERBALE **(OBTENIR SIGNATURE RAPIDEMENT)**

(AUTORISATION VERBALE NON NÉCESSAIRE SI LE MÉDECIN A DÉJÀ SIGNÉ)

NOM DU MÉDECIN DE GARDE D'HQ **PARAPHE SCH/ DATE**	SIGNATURE DU MÉDECIN D'HQ DATE

Raison : ☐ Réaction allergique majeure ☐ Autre _____

N° de surveillance :	N° DE PATIENT CRÉÉ :
N° de commande ePROGESA :	Complétée par (paraphe SCH) :

N° DE(S) DON(S) (2 vérifications avant la réservation des produits)	**1e VÉRIFICATION** ☐ **EXP ou** ☐ **LRCS**(1) (LRCS si phéno) (PARAPHE)	**2e VÉRIFICATION** **SCH (toujours)** (PARAPHE)	**RÉSERVATION** ☐ **ETI / Libération des produits** (PARAPHE) ☐ **SCH (si ETI fermé)** (2)

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

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

1. Mettre les produits de côté.
2. Remettre le formulaire au SCH pour la 2e vérification
3. Remettre les produits et le formulaire vérifié 2 fois à l'ETI.
4. Remettre le formulaire rempli au SCH.

SCH : Joindre le formulaire au dossier.

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