

DEMANDE INITIALE

INFORMATION SUR LE PATIENT (EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE)

NOM DU PATIENT : _____ CENTRE HOSPITALIER TRAITANT : _____

PRÉNOM DU PATIENT : _____ NOM DU MÉDECIN TRAITANT : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____
(jj-mm-aaaa) LIEU DE PRATIQUE : _____

DIAGNOSTIC : _____ GROUPE ABO Rh : _____

RECHERCHE D'ANTICORPS : NEG
 POS IDENTIFICATION : _____

PHÉNOTYPE KELL : POS AUTRES PHÉNOTYPES : _____
 NEG

QUANTITÉS DE CULOTS PAR TRANSFUSION : _____ FRÉQUENCES DES TRANSFUSIONS : _____

TYPE DE DONNEUR REQUIS (EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE)

GROUPE ABO RH : _____ PHÉNOTYPES REQUIS : _____

IRRADIATION PAR : CH HÉMA-QUÉBEC RACCORDEMENT STÉRILE : OUI NON

(Signature du médecin traitant)

(jj-mm-aaaa)

AUTORISATION DU DIRECTEUR MÉDICAL D'HÉMA-QUÉBEC

INITIALE (si requise) : _____

SUIVI :	_____ Signature du médecin	_____ (jj-mm-aaaa)
	_____ Signature du médecin	_____ (jj-mm-aaaa)
	_____ Signature du médecin	_____ (jj-mm-aaaa)
	_____ Signature du médecin	_____ (jj-mm-aaaa)

DEMANDE SUBSÉQUENTE

DATE PRÉVUE DE TRANSFUSION : _____ NOMBRE DE CULOTS REQUIS : _____
(jj-mm-aaaa)

PERSONNE AUTORISÉE (EN CARACTÈRE D'IMPRIMERIE) : _____

(Signature de la personne autorisée)

(jj-mm-aaaa)

RÉSERVÉE À HÉMA-QUÉBEC

N°ePROGESA DONNEUR : _____ N°ePROGESA PATIENT : _____

CONCORDANCE VÉRIFIÉE PAR : _____ VÉRIFICATION PHÉNOTYPES FAITE 2 FOIS : _____
(paraphe/date) (paraphe/date)

**(À compléter seulement pour un nouveau donneur inscrit
au programme de dons désignés)**

DATE DE PRÉLÈVEMENT : _____ N° COMMANDE ePROGESA : _____
(jj-mm-aaaa) PAR : _____