

--	--

Impression de la carte d'identification du RECEVEUR

Impression de la carte d'identification du DONNEUR

<p style="text-align: center;">INFORMATION SUR LE RECEVEUR</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom(s) : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p> <p>Numéro d'identification (numéro d'assurance-maladie ou autre identification) : _____</p> <p>ABO : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB</p> <p>Rh : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif</p> <p>Anti-CMV : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif (si nécessaire)</p>	<p style="text-align: center;">INFORMATION SUR LE DONNEUR</p> <p>Nom : _____</p> <p>Prénom(s) : _____</p> <p>Date de naissance : _____</p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Lien avec le receveur : _____</p> <p>Numéro d'identification : _____</p> <p>ABO : <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB Rh : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif</p> <p>Anti-CMV : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif (si nécessaire)</p> <p>Téléphone : Domicile : (____) _____</p> <p style="padding-left: 100px;">Travail : (____) _____</p> <p>Adresse : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

DEMANDE D'IRRADIATION Dons irradiés par : Héma-Québec Centre hospitalier (confirmer capacité)

<p>Centre hospitalier : _____</p> <p>Médecin faisant la demande : _____</p> <p>Adresse du médecin : _____</p> <p>_____</p> <p>Téléphone du médecin : _____</p> <p>Nom du chirurgien (si différent) : _____</p> <p>Téléphone du chirurgien : _____</p>	<p>Intervention/Diagnostic : _____</p> <p>Date prévue de transfusion : _____</p> <p>Nombre de dons requis : _____</p> <p>Dons négatifs pour le CMV requis : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Composants requis : <input type="checkbox"/> Culot globulaire AS-3</p> <p style="padding-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Autre (spécifier) _____</p> <p>Nom des autres donneurs : _____</p> <p style="padding-left: 40px;">(s'il y a lieu)</p>
---	---

J'ai pris en considération les risques associés à la transfusion du don dirigé et j'en ai discuté avec le(s) donneur(s) et le receveur (ou les parents/tuteur légal du receveur). Je confirme avoir vérifié la compatibilité des groupes sanguins du ou des donneurs et du receveur désigné. À ma connaissance, les antécédents médicaux du donneur lui permettent de participer au don dirigé.

J'aviserai Héma-Québec si, au cours des dons dirigés, je me rends compte que le ou les donneurs présentent des symptômes inhabituels ou persistants ou toute information pertinente au don dirigé.

Signature du médecin faisant la demande

Date

Faire parvenir une copie à : 1- Banque de sang du centre hospitalier 2- Héma-Québec (no fax : 514-527-7900)

Joindre les résultats d'analyse (compatibilité) du centre hospitalier