

LISTE DE PRODUITS SANGUINS TRANSFUSÉS

Nom du receveur : _____ DDN : _____

Numéro de référence externe SVP Précisez : _____

Nom du CH : _____ N° d'enquête : _____

Autorisation de divulguer des informations à Héma-Québec

- Le receveur nommé ci-dessus (ou son représentant légal) a donné un consentement verbal.
 Le receveur nommé ci-dessus (ou son représentant légal) a donné un consentement écrit dont la copie est
 Jointe ou disponible sur demande.

Identification des dons transfusés

À remplir par la banque de sang du centre transfuseur (si besoin)

	Groupe sanguin	Numéros de don	Produits ou composants	Date de transfusion
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Signature : _____ Date : _____
Directeur Banque de sang ou son délégué jj-mm-aaaa

Faire des copies ou ajouter d'autres feuilles si nécessaire