FORMULAIRE DE PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES

move
Votre réseau de santé
Dein Gesundheitsnetzwerk

Pour toutes informations concernant les produits sanguins labiles, consulter le Guide Clinique de Transfusion accessible via l'Intranet
Toute demande INCOMPLETE et/ou tube NON CONFORME seront refusés par le laboratoire

Apposer une étiquette patient ou compléter:

NOM : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... SEXE : .....

ADRESSE : .....

SERVICE : .....

Case réservée à la banque de sang (tel 63.02)

Date et heure de réception : .....

par : .....

Etiquette Glims

CONCENTRÉS ÉRYTHROCYTAIRES DÉLEUCOCYTÉS (CED)

1 tube EDTA

..... Unité(s) de CED adulte (+/- 250 mL) ..... unité(s) de CED autologue

..... Unité(s) de CED pédiatrique (+/- 60 mL) **(UNIQUEMENT sur commande: délai de livraison 24 à 48h)**

Si commande ≥ 2 poches, justification **OBLIGATOIRE** :

❍ Hémorragie sévère ❍ Anémie très sévère (< 5g/dL) ❍ Autre (à préciser) : .....

IRRADIATION : ❍ OUI / ❍ NON **Indications d'irradiation (à cocher) :**

❍ Greffe CSH/moëlle ❍ Traitement par analogue purinique ❍ Transfusion intra-utérine (TIU)

❍ Anémie aplasique sévère ❍ Immunodéficience congénitale ❍ Prématuré < 32S ou < 1500g

❍ Lymphome HK ❍ Autres : ..... ❍ Nouveau-né avec ATCD TIU

Motif de transfusion (à compléter **IMPÉRATIVEMENT**, AR du 17.02.2005)

❍ Anémie ❍ Hémorragie: origine : ..... ❍ Autre (à préciser) : .....

Hémoglobinopathie ? ❍ OUI / ❍ NON

Indications transfusionnelles (à compléter **IMPÉRATIVEMENT**, AR du 17.02.2005) :

Taux d'Hb : ..... g/dL Si Hb> 9g/dL : justification **OBLIGATOIRE** : .....

❍ Pré-op ❍ Onco-hémato ❍ Hémorragie ❍ Autre (à préciser) : .....

CONCENTRÉS PLAQUETTAIRES (CP)

1 tube EDTA

uniquement si groupe sanguin inconnu ou déterminé 1 seule fois

..... Poche(s) de Concentré Standard (POOL)

..... Poche(s) de Concentré Unitaire (CUP)

..... Poche(s) Pédiatrique **(délai livraison 24 à 48h)**

→ Nb d'unités souhaitées : ..... (1 U= 0,5 x 10^{11} plts)

Indications (à compléter **IMPÉRATIVEMENT**, AR du 17.02.05)

❍ Thrombopénie (Plts: .....10^3/µL)

❍ Hémorragie ❍ Pré-opératoire ❍ Autre : .....

PLASMA FRAIS CONGELÉS (PFC)

1 tube EDTA

uniquement si groupe sanguin inconnu ou déterminé 1 seule fois

..... Poche(s) de PFC

Conditions de remboursement (à compléter **OBLIGATOIREMENT**, AR du 17.02.2005) :

❍ C.I.V.D. ❍ Déficit FXI ❍ Déficit FV ❍ Déficit combiné ❍ P.T.T ❍ Exsanguino-transfusion (incomp. ABO)

Type de commande (pour les CED uniquement)

(HER, WAR et HEU ajouter délai transport) :

❍ Normale (± 4h) ❍ Prioritaire (± 2h)

❍ Urgence vitale (± 20 min)

Attention, poche de CED délivrée sans tests de compatibilité.
Appelez la banque de sang (63.02) avant de transfuser

❍ Urgence vitale **IMMEDIATE** (= sang dépôt) : immédiat

Identité préleveur : .....

Date : ...../...../..... Signature :

Fourniture souhaitée : le ...../...../..... à .....h .....

Site de fourniture : ❍ MLE ❍ WAR ❍ HER ❍ HEU

❍ Conserver à la BDS
(uniquement pour HER, WAR et HEU)

Médecin prescripteur (à compléter **OBLIGATOIREMENT**) :

Nom, prénom : ..... Date : ...../...../.....

N° INAMI : .....

Signature / cachet :

M-FORM-BDS-099 V3

[S4_265precrprodsanglabiles-1]

www.move.eu

CHC GROUPE SANTÉ · KLINIK ST. JOSEF ST. VITH · ST. NIKOLAUS HOSPITAL EUPEN