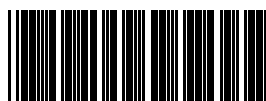


DEMANDE À LA BANQUE DE SANG



DT9079

Identification du receveur

Nom			
Prénom			
Sexe	Année	Mois	Jour
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance		
N° de dossier ou NAM			

Nom de l'établissement	
Unité de soins	
Nom du prescripteur	N° de permis

Antécédents		
Grossesse antérieure	Grossesse actuelle	Allergie au Latex
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu

Demande d'analyse	
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin (ABO/Rh) et recherche d'anticorps	<input type="checkbox"/> Test direct à l'antiglobuline (Coombs direct)
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin (ABO/Rh)	<input type="checkbox"/> Recherche de cellules fœtales
<input type="checkbox"/> Code 50	<input type="checkbox"/> Réaction transfusionnelle (remplir le formulaire de déclaration)
<input type="checkbox"/> Contrôle de groupe	<input type="checkbox"/> Autre, préciser :

Demande de produit sanguin		
Indication	Diagnostic	Poids
		kg
<input type="checkbox"/> Urgent	<input type="checkbox"/> Transfusion ce jour	<input type="checkbox"/> En réserve
<input type="checkbox"/> Salle d'opération	<input type="checkbox"/> Date prévue	Année Mois Jour

<input type="checkbox"/> Protocole de transfusion massive		<input type="checkbox"/> Culots sans compatibilité		Quantité
		Posologie (préciser : g, mg, mcg, UI, mL)		
<input type="checkbox"/> Culot globulaire	Quantité	<input type="checkbox"/> Albumine 5 %		
<input type="checkbox"/> Plaquettes		<input type="checkbox"/> Albumine 25 %		
<input type="checkbox"/> Plasma		<input type="checkbox"/> Immunoglobulines intraveineuses		
<input type="checkbox"/> Cryoprécipité		<input type="checkbox"/> Immunoglobulines anti-D		
<input type="checkbox"/> Surnageant de cryoprécipité		<input type="checkbox"/> Immunoglobulines sous-cutanées		
<input type="checkbox"/> Granulocytes		<input type="checkbox"/> Immunoglobulines intramusculaires		
<input type="checkbox"/> Tissu humain	Préciser :	Préciser :		
	Quantité	<input type="checkbox"/> Colle de fibrine		
Directives		<input type="checkbox"/> Complexe prothrombique		
<input type="checkbox"/> CMV négatif	<input type="checkbox"/> Irradié	<input type="checkbox"/> Facteur de coagulation		
<input type="checkbox"/> HLA compatible	<input type="checkbox"/> Raccordement stérile	<input type="checkbox"/> Autre		
<input type="checkbox"/> Hb S négatif	<input type="checkbox"/> Volume réduit	Préciser :		
<input type="checkbox"/> Sang lavé	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Désigné		
		Préciser :		

Le préleveur doit procéder à l'identification sans équivoque en présence du receveur, selon la procédure de l'établissement.				
Signature du demandeur		Date	Année	Mois Jour Heure
Spécimen prélevé par		Date	Année	Mois Jour Heure

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

À L'USAGE EXCLUSIF DE LA BANQUE DE SANG

Sommaire transfusionnel : <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Connu : _____	Date de la vérification	Année	Mois	Jour	Heure	Initiales
---	-------------------------	-------	------	------	-------	-----------

Groupe sanguin												
Anti-A	Anti-B	Anti-AB	Cellules A	Cellules B	Cellules O	Groupe ABO	D1	D2	Du	Groupe Rh	Date	Initiales du technologiste

Recherche d'anticorps						
I	II	III	Auto-témoin	Méthode	Date	Initiales du technologiste

Identification :

Phénotypes érythrocytaires																
	C	c	E	e	K	Fya	Fyb	Jka	Jkb	M	N	S	s	Autre :	Date	Initiales du technologiste
Témoin positif																
Témoin négatif																
Receveur																

Coombs direct						Divers			
Poly	IgG	C3d	Témoin	Date	Initiales du technologiste	Analyse	Résultat	Date	Initiales du technologiste

Élution :

Compatibilité							
Numéro de don	Groupe du donneur	Post-groupage	Phénotype du culot	Méthode	Résultat	Date	Initiales du technologiste