

BANQUE DE SANG / DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS STABLES

Requête télécopiée

Date : _____

Heure : _____

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, Qc, H3T 1C5, 514 345-4931 poste 4640

Prélèvement demandé: Date, Heure : Sans objet ou Heure de tournée: 7h 11h 14h 17h 20h 00h

Unité de Soins/Clinique : _____ Soins à domicile : <input type="checkbox"/> OUI MD Requérant (Nom/Prénom) : _____ # licence : _____ Prélèvement fait: Date, Heure Sans objet Prélevé par: Sans objet Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises Poids : _____ kg Grossesse ; NB de semaine : _____	Identification du patient ADRESSOGRAPHE OBLIGATOIRE Nom, Prénom : _____ Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> # Dossier ou # Ass. maladie : _____ Date de naissance : _____ ou Plaquer avec carte
--	---

Renseignement clinique:

Ce jour : Heure : _____ Mettre en réserve: _____ Urgent (délai de distribution \leq 1 hr)
 Date : _____ Heure : _____

Attention : Le nombre d'unités par fioles est servi selon la disponibilité à la banque de sang.
 La banque de sang distribue une dose à la fois (patient hospitalisé).
 Le nom commercial du produit du produit **est nécessaire**

PRODUIT Cocher le produit demandé	NOM COMMERCIAL Indiquer le nom commercial du produit ex. : Kogenate FS	QUANTITÉ Hospitalisé : Préciser le nombre d'unités pas dose Externe : Préciser le nombre de fioles ainsi que le nombre d'unités par fioles
<input type="checkbox"/> ANTITHROMBINE III		
<input type="checkbox"/> INHIBITEUR DE C1'ESTÉRASE		
<input type="checkbox"/> COMPLEXE COAGULANT ANTI-INHIBITEUR (FEIBA)		
<input type="checkbox"/> FACTEUR I		
<input type="checkbox"/> FACTEUR VII		
<input type="checkbox"/> FACTEUR rVIIa		
<input type="checkbox"/> FACTEUR VIII		
<input type="checkbox"/> FACTEUR IX		
<input type="checkbox"/> FACTEUR XI		
<input type="checkbox"/> FACTEUR XIII		
<input type="checkbox"/> FACTEUR VON WILLEBRAND		
<input type="checkbox"/> PROTÉINE C		
<input type="checkbox"/> Autre, Préciser : _____		

Zones grise = information obligatoires

L'omission de compléter les informations obligatoires, entraînera le non traitement de la demande.
La banque de sang avisera l'unité de soins de la nécessité de refaire une nouvelle demande.
L'utilisation d'un tampon encreur est souhaitable pour l'identification de Médecin requérant.

Pour tout renseignements concernant le protocole d'administration des produits sanguins stables de la coagulation, communiquez avec le centre québécois des inhibiteurs de la coagulation au 514 345-2360