

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 ≤ 1 hr)
 Date : _____ Heure : _____

Attention : Les produits sont servis selon la disponibilité à la banque de sang.
 La dose émise est arrondie le plus près possible de l'ordonnance.
 Le nom commercial du produit n'est pas nécessaire, à moins que l'ordonnance médicale le précise. Dans ce cas, l'inscrire dans la case du produit.

PRODUIT	QUANTITÉ (NOMBRE OU ML)	PRODUITS DISPONIBLE EN FIOLES DE: (à titre indicatif seulement)
<input type="checkbox"/> Ig ANTI-D		120 ug - 300 ug - 1000 ug
<input type="checkbox"/> IgIV ANTI-CMV		2.5 g
<input type="checkbox"/> Ig SOUS-CUTANÉE		5ml - 10 ml - 20 ml - 50 ml
<input type="checkbox"/> IgIM ANTI HÉPATITE B		0.5 ml - 5 ml
<input type="checkbox"/> IgIV/IgIM VARICELLE ZOSTER		125 U.I.
<input type="checkbox"/> IgIM ANTI-TÉTANIQUE		250 U.I.
<input type="checkbox"/> IgIM ANTI-RABIQUE		300 U.I.
<input type="checkbox"/> IgIM NON SPÉCIFIQUE		2 ml
<input type="checkbox"/> ALBUMINE 5%		50 ml - 250 ml - 500 ml
<input type="checkbox"/> ALBUMINE 25%		50 ml - 100 ml
COLLE DE FIBRINE		
<input type="checkbox"/> Tisseel		4 ml - 10 ml
<input type="checkbox"/> FLOSEAL		5 ml
<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.

Protocole d'administration des immunoglobulines intraveineuse (IGIV)

»» disponible sur Intranet CHU Sainte-Justine