



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8350
Télécopieur : 1 866 811-9465

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 1 866 811-9465

HQ-23-006

CIRCULAIRE

Modification du formulaire de demande de dons autologues

Le 13 janvier 2023

**AU DIRECTEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU CHARGÉ DE SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE
AU CHEF TECHNOLOGISTE / COORDONNATEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU RESPONSABLE DE LA BANQUE DE SANG**

Madame,
Monsieur,

Tel qu'annoncé lors du dernier comité des usagers Héma-Québec et à la Table de Concertation en Médecine Transfusionnelle, le formulaire *ENR-00815 : Demande de transfusion autologue par le médecin* utilisé pour les demandes de don autologue, entrera en vigueur le 16 janvier prochain et sera disponible sur notre site Web. Une copie du nouveau formulaire est disponible en annexe. Les principaux changements sont les suivants :

- Le directeur médical de la banque de sang doit obligatoirement être informé et approuver la demande
- La section du formulaire portant sur le contexte clinique apporte des précisions importantes pour expliquer davantage la raison de la demande et mieux évaluer le besoin
- L'ajout d'une note concernant l'importance de privilégier le don allogénique au don autologue lorsque possible
- Le formulaire est désormais constitué de 2 pages au lieu d'une seule suite aux ajouts effectués dans les différentes sections.

Veuillez noter que la version anglaise sera disponible sur le site Web « anglais » ultérieurement.

Nous vous invitons à consulter nos circulaires sur notre site Web à www.hema-quebec.qc.ca, dans la section intitulée *Professionnels de la santé/Produits sanguins/Circulaires d'information*.

Nous demeurons à votre disposition pour toute information additionnelle et vous remercions pour votre collaboration.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations cordiales.

Original signé par

Marie-Hélène Robert
Directrice au partenariat clinique avec les centres hospitaliers

- c. c. D^{re} Nancy Robitaille, vice-présidente à la médecine transfusionnelle
M^{me} Christine Ouimet, vice-présidente à la chaîne d'approvisionnement
M. Luc Lévesque, vice-président aux produits sanguins et lait maternel
D^r Marc Germain, vice-président aux affaires médicales et à l'innovation
D^r Christian Renaud, directeur médical en microbiologie et épidémiologie
D^{re} Catherine Latour, directrice médicale en hématologie et cellules souches
M^{me} Marie-Claire Chevrier, directrice des laboratoires de référence
M. Louis-Philippe Gagné, directeur service à la clientèle et planification



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8350
Télécopieur : 1 866 811-9465

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 1 866 811-9465

HQ-23-006

CIRCULAIRE

ANNEXE 1



DEMANDE DE TRANSFUSION AUTOLOGUE PAR LE MÉDECIN

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS PATIENT	
Nom : _____	Imprimer Carte d'Assurance-maladie et/ou carte d'hôpital
Prénom : _____	
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Date de naissance : ____/____/____ Jour Mois Année	
Adresse : _____ _____ _____	
Téléphone : Domicile : _____	
Bureau : _____	
Cellulaire : _____	
SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS CENTRE HOSPITALIER	
Nom du centre hospitalier : _____	Date de la demande : _____
Médecin prescripteur : _____	# Permis : _____
Numéro de téléphone : _____	Numéro de cellulaire : _____
Directeur de la banque de sang impliqué : _____	
<input type="checkbox"/> Demande approuvée par le directeur médical de la banque de sang (Obligatoire)	
Numéro de téléphone : _____	
SECTION 3 : RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	
ABO/Rh : _____	Phénotype érythrocytaire rare : _____
Allo anticorps : _____	
Antécédents médicaux : _____ _____ _____	Médicaments : _____ _____ _____
S'il y a un antécédent d'évidement axillaire, autorisez-vous le prélèvement du même côté si le bras controlatéral ne présente pas d'accès veineux satisfaisant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON APPLICABLE	
IMPORTANT : Veuillez compléter la section pertinente au contexte clinique du patient OBLIGATOIRE : Le taux d'Hb doit avoir été contrôlé dans le dernier mois	
Hb : _____ g/L Date : ____/____/____ Jour Mois Année	Ferritine : _____ mcg/L Date : ____/____/____ Jour Mois Année
Prescription de supplément de fer oral : <input type="checkbox"/> Oui Dose : _____ Date de début : _____ <input type="checkbox"/> Non	
Prescription de fer IV : <input type="checkbox"/> Oui Dose : _____ Date d'administration : _____ <input type="checkbox"/> Non	

