



# DEMANDE DE MISE À JOUR DES INFORMATIONS

Veuillez remplir le formulaire à l'écran et l'envoyer par courriel à l'adresse : **SAC.Hopitaux@hema-quebec.qc.ca**

## IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT (obligatoire)

Nom de l'établissement (centre, site ou pavillon) :

Numéro eProgesa :

**Remplir uniquement les sections qui doivent être mises à jour.**

## COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT

Adresse :

Téléphone :

Télécopieur :

Courriel :

Autre :

## CONTACT EXISTANT

Médecin

Personnel de la banque de sang

Chargé de la sécurité transfusionnelle

Nom :

DÉPART

Titre :

Poste téléphonique :

Courriel :

Cellulaire :

Autre :

Ajouter à un groupe d'envoi spécifique :

Entrée en vigueur des modifications (jj-mm-aaaa) :

## NOUVEAU CONTACT

Médecin

Personnel de la banque de sang

Chargé de la sécurité transfusionnelle

Nom :

Entrée en fonction (jj-mm-aaaa) :

Titre :

Poste téléphonique :

Courriel :

Autre :

Ajouter à un groupe d'envoi spécifique :

Entrée en vigueur des modifications (jj-mm-aaaa) :

## S'IL S'AGIT D'UN REMPLACEMENT, MERCI D'INDIQUER :

Nom et titre de la personne remplacée :

Retour prévu, le cas échéant (jj-mm-aaaa) :

## INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES OU AUTRE TYPE DE MODIFICATION

## DEMANDE EFFECTUÉE PAR : (obligatoire)

Nom :

Titre :

Courriel :

Date (jj-mm-aaaa) :