



REQUÊTE DE PRODUITS DE COAGULATION OU ANTICOAGULANTS

À COMPLÉTER

N° de client : _____ Nom du client: _____

Le client doit recevoir la commande au plus tard le : _____ **URGENT**

CONFIRMATION DE COMMANDE URGENTE DÉJÀ FAITE PAR TÉLÉPHONE JJ/MM/AAAA

Commande placée par : _____ Date : _____ Heure : _____

Patient : _____ Diagnostic : _____

Date de naissance : _____ N° de contrat : _____

JJ/MM/AAAA

FACTEURS DE COAGULATION

Patient inscrit au centre d'hémophilie : CHU Sainte-Justine CHUS Fleurimont

CUSM - GLEN CHAUQ Enfant-Jésus

RÉSERVÉ À HÉMA-QUÉBEC

Si patient non inscrit au centre d'hémophilie, autorisation du médecin de garde requise : _____

Complété par : _____ Date : _____ Chauffeur HQ jour Chauffeur HQ nuit

	CODE DE PRODUIT	NOM DU PRODUIT	FOURNISSEUR	FORMAT/ UI	QTÉ
Antithrombine III (AT3)					
Fibrinogène					
FVII (F7)					
FVIII (F8)					
FIX (F9)					
FXI (F11)					
FXIII (F13)					
Protéine C					
Complexe prothrombique					

INHIBITEURS (DOIVENT ÊTRE COMMANDÉS PAR LE CENTRE QUÉBÉCOIS DES INHIBITEURS DE LA COAGULATION)

Facteur VIIa (F7A) (Niastase)					
Complexe coagulant anti-inhibiteur (FEIBA)					

À L'USAGE DE HÉMA-QUÉBEC

Remarque : _____	N° Commande SIPS : _____
_____	Par : _____ Heure : _____

TÉLÉCOPIEURS: 514- 904-2522 / SANS FRAIS 1- 866-811-9465