

EXCLUSION DE DONNEUR(S) POUR UN PATIENT

Section à remplir par le client

Nom du client :	N° de client :
Nom complet du médecin :	
N° de référence Traceline :	Date de la demande : jj / mm / aaaa
Motif de la demande :	
Information sur le patient Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Nom :	Prénom :
Groupe ABO/Rh :	Date de naissance (jj / mm / aaaa) :

Section à remplir par Héma-Québec

Réaction transfusionnelle précédant la demande de surveillance : RTS- créée le :			
N° ePROGESA DES DONNEUR(S) À EXCLURE			
1		4	
2		5	
3		6	

AUTORISATION MÉDICALE (pour la création de la surveillance) <input type="checkbox"/> VERBALE (OBTENIR SIGNATURE RAPIDEMENT)	
<small>(AUTORISATION VERBALE NON NÉCESSAIRE SI LE MÉDECIN A DÉJÀ SIGNÉ)</small>	
NOM DU MÉDECIN DE GARDE D'HQ PARAPHE/DATE SCH :	SIGNATURE DU MÉDECIN D'HQ DATE
Raison : <input type="checkbox"/> Réaction allergique majeure <input type="checkbox"/> Autre _____	

N° de surveillance :	N° DE PATIENT CRÉÉ :
N° de commande ePROGESA :	Complétée par (Paraphe/Date SCH) :

N° DE(S) DON(S) <small>(2 vérifications avant la réservation des produits)</small>	1 ^e VÉRIFICATION	2 ^e VÉRIFICATION	RÉSERVATION
		<input type="checkbox"/> EXP <u>ou</u> <input type="checkbox"/> LRCS ⁽¹⁾ <small>(LRCS si phéno)</small> (Paraphe/Date)	SCH (toujours) (Paraphe/Date)

- (1) LRCS :** Remettre les produits et le formulaire au service de l'expédition.
- EXP :** Lorsque le LRCS apporte les produits et le formulaire (1^e vérification effectuée) :
1. Mettre les produits de côté.
 2. Remettre le formulaire au SCH pour la 2^e vérification
 3. Remettre les produits et le formulaire vérifié 2 fois à l'ETI.
 4. Remettre le formulaire rempli au SCH.
- SCH :** Joindre le formulaire au dossier.
- (2)** Si les produits sont réservés par SCH, EXP doit transformer les produits « en lui-même » avant de les distribuer.