

RAPPORT DE COLLECTE DE CELLULES SOUCHES PAR APHÉRÈSE (HPC, APHÉRÈSE)

Le centre collecteur doit compléter ce formulaire afin de confirmer les détails de la collection de cellules souches et des résultats d'analyses

# Identification HQ du receveur:	# Identification HQ du donneur:
# Identification internationale de receveur:	Date de naissance du donneur (dd/mm/aaaa):
Centre Collecteur:	ABO/Rh du donneur:
Date of Collecte: (dd/mm/aaaa)	Donneur: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DÉTAILS DE LA COLLECTE JOUR 1 - Date de Collecte: (jj/mm/aaaa): _____

Volume de sang traité: _____	
G.B: _____ x 10 ⁹ /L x Volume Total du produit: _____ mL = Cellules Nucléées Totales: _____ x 10 ⁹	
*Sang CD34 x 10 ⁶ /L: _____ * Pré-collecte	
Cellules Totales CD34+ collectées _____ x 10 ⁶	
Documentez le volume et la concentration de milieux de culture, anticoagulants et antibiotiques ajoutés au produit après la collecte: spécifiez les numéros de lot et date d'expiration.	
Additif: _____ ml Conc. _____ #Lot: _____ Date expiration: _____	
Additif: _____ ml Conc. _____ #Lot: _____ Date expiration: _____	
Entreposage du produit : Heure _____ Fuseau horaire: _____ Température _____ (si applicable)	
Y a-t-il des changements non prévus au produit demandé? Si oui, spécifier:	Y a-t-il des changements au nombre d'échantillons demandé? Si oui, spécifier:

Signature: _____ Date: _____



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains



Héma-Québec
Registre des Donneurs de Cellules Souches
4045 Côte-vertu, St-Laurent,
QC, Canada, H4R 2W7
Tél : + 514-832-1031
Fax : + 514-832-0266
www.hema-quebec.qc.ca

RAPPORT DE COLLECTE DE CELLULES SOUCHES PAR APHÉRÈSE (HPC, APHÉRÈSE)

DÉTAILS DE LA COLLECTE JOUR 2 - Date de Collecte: (jj/mm/aaaa): _____

Volume de sang traité: _____	
G.B.: _____ x 10 ⁹ /L x Volume Total du produit: _____ mL = Cellules Nucléées Totales: _____ x 10 ⁹	
*Sang CD34 x 10 ⁶ /L: _____ * Pré-collection	
Cellules totales CD34+ collectées _____ x 10 ⁶	
Documentez le volume et la concentration de milieux de culture, anticoagulants et antibiotiques ajoutés au produit après la collecte: Spécifiez les numéros de lot et la date d'expiration.	
Additif: _____ ml Conc. _____ #Lot: _____ Date Expiration: _____	
Additif: _____ ml Conc. _____ #Lot: _____ Date Expiration: _____	
Entreposage du produit: Heure _____ Fuseau horaire: _____ Température _____ (si applicable)	
Y a-t-il des changements non prévus au produit demandé? Si oui, spécifier:	Y a-t-il des changements au nombre d'échantillons demandé? Si oui, spécifier:

Signature: _____ Date: _____

VÉRIFICATION DE L'IDENTIFICATION DU PRODUIT

Courrier: J'ai examiné tous les produits, échantillons et documents et je certifie qu'ils sont justes et complets selon les identificateurs du donneur et du receveur indiqués sur ce formulaire.	
Nom du Courrier: _____	Signature du Courrier: _____ Date: _____
Relâche du produit au courrier (jj/mm/aaaa) _____ Heure: _____ Fuseau horaire: _____	
Représentant du Centre Collecteur: _____ Signature: _____ Date: _____	

Courrier- original; copie au Centre Collecteur et à Héma-Québec +(514)832-0266.

RAPPORT DE COLLECTE DE CELLULES SOUCHES PAR APHÉRÈSE (HPC, APHÉRÈSE)

Centre Transplantateur

En acceptant le produit suivant, vous (le Centre transplantateur) acceptez les conditions suivantes:

- Que le produit provenant du donneur ci-haut mentionné doit être utilisé seulement pour le patient ci-haut mentionné, et ce sans délai.
- L'excédent des cellules recueillies peut être congelé et conservé pour usage ultérieure seulement à des fins thérapeutiques pour ce même patient. Aucun autre usage n'est autorisé.
- Les cellules non utilisées à des fins thérapeutiques pour ce patient doivent être détruites de façon appropriée.
- Des informations détaillées doivent être fournies à Héma-Québec sur l'utilisation et / ou la destruction du produit en tout ou en partie.
- Toute demande de dérogation à ces conditions doit être soumise par écrit à Héma-Québec pour approbation avant le prélèvement de cellules souches. Héma-Québec a entière discrétion d'accepter ou refuser toute telle demande. (ex. cryopréservation du produit total)

À être complété par le Centre Transplantateur

Les spécifications ci-hauts mentionnées sont : acceptées non acceptées

Signature du médecin transplantateur : _____

Date : _____

Nom du médecin transplantateur (caractères d'imprimerie) : _____