

## 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): \_\_\_\_\_**

<b>Volume de sang traité:</b> _____	
G.B: _____ x 10 <sup>9</sup> /L x Volume Total du produit: _____ mL = Cellules Nucléées Totales: _____ x 10 <sup>9</sup>	
*Sang CD34 x 10 <sup>6</sup> /L: _____ * Pré-collecte	
Cellules Totales CD34+ collectées _____ x 10 <sup>6</sup>	
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): \_\_\_\_\_

<b>Volume de sang traité:</b> _____	
G.B.: _____ x 10 <sup>9</sup> /L x Volume Total du produit: _____ mL = Cellules Nucléées Totales: _____ x 10 <sup>9</sup>	
*Sang CD34 x 10 <sup>6</sup> /L: _____ * Pré-collection	
Cellules totales CD34+ collectées _____ x 10 <sup>6</sup>	
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) : \_\_\_\_\_