



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
Télécopie : + 514-832-0266
www.hema-quebec.qc.ca

RÉVISION ET CONFIRMATION DE L'AUTORISATION AU DON APRÈS DÉLAI

_____	_____	D.D.N.: _____
Identification HQ du donneur	Nom du donneur	(jj/mm/aaaa)
_____	_____	
Identification HQ du receveur	Identification internationale du receveur	

Date d'examen initial (jj/mm/aaaa) : _____ Nouvelle date de collecte (jj/mm/aaaa) : _____

SECTION 1 – RÉVISION

L'activation de ce donneur est réinitialisée; SVP indiquer les critères de votre centre afin de reconfirmer la clairance de ce donneur dans cette section. Envoyer le document complété et signé à Héma-Québec.

<input type="checkbox"/> Après l'entrevue téléphonique et questionnaire médical, il n'y a aucun changement à apporter en ce moment.	
<input type="checkbox"/> Les changements suivants ont été identifiés: _____	
<input type="checkbox"/> Analyses virologiques > 30 jours répétées <input type="checkbox"/> S/O	

Conseiller d'Héma-Québec	Date: _____
	(jj/mm/aaaa)

Indiquez les options applicables :		
<input type="checkbox"/> Nouvel examen médical avec le médecin collecteur	Date/Heure: _____	<input type="checkbox"/> Non requis
<input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) à être coordonné par : Médecin de famille _____ ou Centre collecteur _____		
<input type="checkbox"/> Répétition du test de grossesse à être coordonnée par : Médecin de famille _____ ou Centre collecteur _____ ou N/A _____		
Signature du Centre Collecteur: _____	Date: _____	
	(jj/mm/aaaa)	

SECTION 2- CONFIRMATION

Après révision des résultats des marqueurs virologiques et autres résultats requis (si applicable); complétez la section suivante et envoyez à Héma-Québec.

Indiquez l'option applicable :	
<input type="checkbox"/> Ce donneur est un bon candidat pour un don de cellules souches (Joindre les documents Héma-Québec du nouvel examen médical et l'autorisation au don du centre collecteur ENR-01804 <i>Révision Médicale du Donneur par le Centre Collecteur</i> / ENR-01752 <i>Collection Centre Donor Medical Review</i> (si applicable))	
<input type="checkbox"/> Ce donneur N'EST PAS un candidat pour un don de cellules souches pour le moment (indiquez les raisons) : _____	

<input type="checkbox"/> Les résultats sont en pièces jointes	<input type="checkbox"/> Le donneur a été avisé

Médecin collecteur : _____ Signature: _____ Date (jj/mm/aaaa): _____