



FORMULAIRE DE COLLECTE DE LEUCOCYTES DLI (MNC, AIPHERESIS)

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

Information concernant le prélèvement :

WBC du donneur avant la procédure : _____

Heure du début de la procédure : _____

Accès veineux : Cubital Fémoral Autre :

Si cathéter veineux central, justifier : _____

Plusieurs accès veineux nécessaire? Oui Non

Si Oui, expliquez : _____

Le donneur a eu des réactions au citrate? Oui Non

Si Oui, expliquez : _____

Liste de traitement suite à la réaction au citrate : _____

Liste des médicaments reçus pendant le prélèvement : _____

WBC après le prélèvement (si disponible) : _____ Heure de fin du prélèvement : _____

Information sur le produit :

Volume de sang traité : _____ Litres

Séparateur de cellules utilisé : _____ Version n° : _____

Anticoagulant : _____ Volume _____ No Lot _____ Expiration _____

Produits sanguins:

Le donneur a reçu du sang durant ou suivant le prélèvement? Oui Non Homologue _____ Autologue _____

Le donneur a reçu d'autres produits sanguins durant le prélèvement? Oui Non

Si oui, quel type et la quantité : _____

Le donneur a reçu une prescription de médicaments lors de son congé? Oui Non

Si oui, quel type de médicaments : _____

Complications associées au prélèvement (i.e. perte de conscience, vomissement etc.)? Si oui, expliquez : _____

_____	_____	_____
Infirmière :	Signature	(jj/mm/aaaa)
Nom (lettres d'imprimerie)		

Une fois le suivi complété, SVP télécopier à HÉMA-QUÉBEC au (514) 832-0266