

VÉRIFICATION DE LA PRESCRIPTION POUR DON DE MOELLE OSSEUSE

Identification Héma-Québec du patient :	Identification Héma-Québec du donneur :
Identification externe du patient :	
Centre collecteur :	Date de prélèvement (jj/mm/aaaa) :
Heure prévue pour la récupération du produit par le courrier :	

Le volume maximal pouvant être prélevé chez le donneur ne doit pas dépasser 20 ml / kg du poids du donneur.

Pour évaluer le volume maximal de moelle osseuse pouvant être prélevé compléter ce qui suit :

Poids du donneur : _____ kg X 20 = _____ **ml (ligne 1)**

Si la quantité de moelle du donneur était égale à un nombre moyen de 0.22×10^8 /ml, en enlevant le volume maximum, la dose cellulaire totale sera :

_____ **ml (ligne 1)** X 0.22×10^8 = _____ **$\times 10^8$ (ligne 2)**

Si le résultat de la ligne 2 est nettement inférieur à la TOTALITE des cellules nucléées demandées sur le formulaire d'ordonnance de moelle, le médecin collecteur doit indiquer la quantité de moelle qui peut être prélevée en toute sécurité pour le donneur. Si le dosage ne peut être atteint, le Centre collecteur doit aviser Héma-Québec avant de poursuivre la préparation au don.

CONFIRMATION DU PRÉLÈVEMENT

Une estimation du dosage cellulaire de _____ $\times 10^8$ sera prélevée sur ce donneur

Demandes	Révisée et confirmée (✓)	Paraphes
Échantillons de sang périphérique		
Anticoagulant		
Échantillons du produit		
Media (si applicable)		

Documenter toutes impossibilités de se conformer à l'une de ces demandes :

Signature du médecin collecteur : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Nom (caractère d'imprimerie) : _____

VÉRIFICATION DE LA PRESCRIPTION POUR DON DE MOELLE OSSEUSE

AVIS AU CENTRE TRANSPLANTEUR

En acceptant le produit suivant, vous (le centre transplanteur) 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 de ces cellules 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 se réserve le droit d'accepter ou refuser toute telle demande. (ex. cryopréservation du produit total)

À être complété par le Centre Transplanteur

Les spécifications ci-hauts mentionnées sont : acceptées non-acceptées

Signature du médecin transplanteur : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____

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