



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains



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

VÉRIFICATION DE LA PRESCRIPTION DLI PAR APHÉRÈSE (MNC)

Identification Héma-Québec du patient :	Identification Héma-Québec du donneur :
Identification externe du patient :	Poids du donneur (kg):
Centre Collecteur :	Dates de prélèvement (jj/mm/aaaa) :
Heure prévue pour la récupération du produit par le courrier :	1^{er} jour de prélèvement (jj/mm/aaaa) : 2^e jour de prélèvement (jj/mm/aaaa) :

Le rendement moyen pour traiter 1L de sang est d'environ 10×10^8 de cellules mononucléiques.

Après avoir évalué la quantité cellulaire de CD3+ demandée par le Centre transplanteur, s'il vous plaît indiquer :

Le volume estimé par aphérèse

1^{re} journée: _____ L de sang traité

2^e journée: _____ L de sang traité

Dose cellulaire de CD3+ estimée = Total de sang traité par L _____ x 10×10^8 = _____ **x10⁸ de cellules CD3+**

CONFIRMATION DU PRÉLÈVEMENT

Une estimation du dosage cellulaire de _____ x10⁸ 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 DLI PAR APHÉRÈSE (MNC)

AVIS AU CENTRE TRANSPLANTEUR

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, également 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 se réserve le droit 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 (jj/mm/aaaa) : _____

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