



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 CELLULES SOUCHES PÉRIPHÉRIQUES STIMULÉES PAR APHÉRÈSE (HPC)

<b>Identification Héma-Québec du patient :</b>	<b>Identification Héma-Québec du donneur :</b>
<b>Identification externe du patient :</b>	
<b>Centre collecteur :</b>	<b>Dates de prélèvement (jj/mm/aaaa) :</b>
<b>Heure prévue pour la récupération du produit par le courrier :</b>	<b>1<sup>er</sup> jour de prélèvement (jj/mm/aaaa) :</b> <b>2<sup>e</sup> jour de prélèvement (jj/mm/aaaa) :</b>
<b>Date de début du G-CSF (jj/mm/aaaa) :</b>	

Le rendement moyen pour traiter 1L de sang est d'environ  $30 \times 10^6$  cellules CD34+.

Après avoir évalué la quantité cellulaire de CD34+ demandée par le Centre transplanteur, s'il vous plaît indiquer :

### Le volume estimé par aphérèse

1<sup>re</sup> journée : \_\_\_\_\_ L de sang traité

2<sup>e</sup> journée : \_\_\_\_\_ L de sang traité

Dose cellulaire de CD34+ estimée = Total de sang traité par L \_\_\_\_\_ x  $30 \times 10^6$  = \_\_\_\_\_  **$\times 10^6$  de cellules CD34+**

Les prélèvements par aphérèse sont généralement effectués à l'aide de citrate avec un ratio de 1:12 ou 1:13 au sang total. En utilisant ces proportions, le ratio dans le produit final devrait être de 1 :6 ou 1 :8. Les cellules recueillies dans chaque procédure doit être dans un volume final d'au moins 200mL. Les produits prélevés, ayant un volume total < 200mL doivent être additionnés de plasma provenant du donneur afin d'obtenir un volume final de 200mL.

### 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 CELLULES SOUCHES PÉRIPHÉRIQUES STIMULÉES PAR APHÉRÈSE (HPC)

### 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 ultérieur 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 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) : \_\_\_\_\_