



Produits sanguins  
Cellules souches  
Tissus humains

Héma-Québec  
Registre de donneurs de cellules souches  
4045 Côte-Vertu, St-Laurent  
Qc, Canada, H4R 2W7  
Tél : + 514-832-1031  
Fax: + 514-832-0266  
[www.hema-quebec.qc.ca](http://www.hema-quebec.qc.ca)

## REQUÊTE – UNITÉ DE SANG DE CORDON

### PATIENT

|                       |                      |                        |                      |
|-----------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| HQ ID:                | <input type="text"/> | ID du CH               | <input type="text"/> |
| Nom:                  | <input type="text"/> | Prénom:                | <input type="text"/> |
| DDN <sup>1</sup> :    | <input type="text"/> | (# RAMQ):              | <input type="text"/> |
| Centre transplanteur: | <input type="text"/> | Médecin transplanteur: | <input type="text"/> |

### UNITÉ DE SANG DE CORDON

|   |                                 |   |   |
|---|---------------------------------|---|---|
| ID HQ<br>Donneur  | <input type="text"/>            | #Sang de<br>cordon :  | <input type="text"/>                                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Typage HLA supplémentaire</b> *Option offerte seulement si un échantillon d'ADN est disponible<br><input type="checkbox"/> A* <input type="checkbox"/> B* <input type="checkbox"/> C* <input type="checkbox"/> DRβ1* <input type="checkbox"/> DQβ1* <input type="checkbox"/> DPβ1*<br>(Typage effectué en haute résolution pour les loci spécifiés) |                                 |   | Date de la requête <sup>1</sup><br><input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> <b>Vérification du typage HLA / Croissance de colonies</b><br>A, B, C, DRβ1, DQβ1 et DPβ1 en haute résolution <sup>2</sup> sur un échantillon de sang de cordon décongelé.<br>( <sup>2</sup> Si le typage initial est en haute résolution, la vérification du typage sera faite en basse résolution)   |                                 |   | Date de la requête<br><input type="text"/>              |
| <input type="checkbox"/> <b>Envoi d'échantillons</b>  | Quantité                        | Date de la requête <sup>1</sup>   | Date envoi <sup>1</sup>                                 |
| <input type="checkbox"/> ADN  | <input type="text"/>            | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                    |
| <input type="checkbox"/> Segment(s)   | <input type="text"/>            |   |   |
| <input type="checkbox"/> Cryotube(s)  | <input type="text"/>            |   |   |
| <input type="checkbox"/> Plasma sang cordon   | <input type="text"/>            |   |   |
| <input type="checkbox"/> Plasma maternel  | <input type="text"/>            |   |   |
| Adresse d'envoi :   |                                 | Adresse de facturation : <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse d'envoi |   |
| <input type="text"/>  |                                 | <input type="text"/>  |   |
| <input type="text"/>  |                                 | <input type="text"/>  |   |
| <input type="text"/>  |                                 | <input type="text"/>  |   |
| <input type="text"/>  |                                 | <input type="text"/>  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Envoi de l'unité de sang de cordon</b>  | Date de la requête <sup>1</sup> | Date envoi <sup>1</sup>   | Date préparation du patient :                           |
| <input type="checkbox"/> Inclure tous les échantillons résiduels  | <input type="text"/>            | <input type="text"/>  | <input type="text"/>                                    |
| Adresse d'envoi :   |                                 | Adresse de facturation : <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse d'envoi |   |
| <input type="text"/>  |                                 | <input type="text"/>  |   |
| <input type="text"/>  |                                 | <input type="text"/>  |   |
| <input type="text"/>  |                                 | <input type="text"/>  |   |
| <input type="text"/>  |                                 | <input type="text"/>  |   |
| Signature du médecin transplanteur : _____  |                                 |   |   |
| Complété par :  | <input type="text"/>            | Date <sup>1</sup> :   | <input type="text"/>                                    |

1. Format de date JJ-MM-AAAA