

IMPORTANT : Ce formulaire « ENR-03871 » doit être rempli par le Centre Hospitalier. De plus, le formulaire « ENR-00533 Demande et libération de produits avec analyses incomplètes » doit aussi être rempli.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (RECEVEUR)	Nom : _____	Prénom : _____
	Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
	Groupe sanguin: <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB Rh : ____	
RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE HOSPITALIER	Nom du centre hospitalier : _____	
	N° de client : _____	Demandée par : _____
	Nom du médecin requérant : _____	
	Directeur médical de la BS : _____	
Téléphone du Directeur médical de la BS : _____		
DIAGNOSTIC et indications de transfusion : _____ _____ _____	Date de début (jj/mm/aaaa) : _____	
	Quantité demandée : _____	
	Fréquence : _____	
	Durée du traitement (nbr de jours) : _____	
GRANULOCYTES PAR APHÉRÈSE : IRRADIÉES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Anti-CMV NÉG. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Tableau de sélection du groupe ABO pour les unités de granulocytes (À titre informatif)		
Groupe du receveur	1^{er} choix	2^{ème} choix
O	O	
A	A	
B	B	
AB	AB	A*
<i>* : Sera considéré si des granulocytes de groupe AB ne sont pas disponibles. Le CH sera contacté au préalable pour l'informer et obtenir son autorisation.</i>		
Commentaire additionnel (Si applicable): _____ _____ _____		

**FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU SERVICE À LA CLIENTÈLE-HÔPITAUX (514) 904-2522 / 1 (866) 811- 9465
POUR JOINDRE LE SERVICE À LA CLIENTÈLE-HÔPITAUX, COMPOSER LE 514 832 5000/1 (888) 666 4362 POSTE # 6909 OU
ENVOYER UN COURRIEL AU SAC.HOPITAUX@HEMA-QUEBEC.QC.CA**