



# REQUÊTE D'IMMUNOGLOBULINE INTRAVEINEUSE ET SOUS-CUTANÉE

## À COMPLÉTER

N° de client : \_\_\_\_\_ Nom du client \_\_\_\_\_ Date de livraison : \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA

Transport :  Banque AM       Autobus : \_\_\_\_\_       Autre : \_\_\_\_\_  
 Poste prioritaire       Tournée \_\_\_\_\_

**CONFIRMATION DE COMMANDE URGENTE DÉJÀ FAITE PAR TÉLÉPHONE**

Commande placée par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ **URGENT**

## RÉSERVÉ À HÉMA-QUÉBEC

Complété par : \_\_\_\_\_  Chauffeur HQ jour  
Date : \_\_\_\_\_  Chauffeur HQ nuit

	CODE DE PRODUIT	NOM DU PRODUIT	FOURNISSEUR	FORMAT	QTÉ
IMMUNO- GLOBULINE INTRAVEINEUSE/ SOUS-CUTANÉE					

**REMARQUES :** \_\_\_\_\_

## À L'USAGE DE HÉMA-QUÉBEC

Remarque : _____	N° Commande SIPS : _____
_____	_____
_____	Par : _____ Heure : _____

**TÉLÉCOPIEURS: 514- 904-2522 / SANS FRAIS 1-866-811-9465**