



REQUÊTE DE PRODUITS SANGUINS SPÉCIAUX (sang phénotypé et/ou lavé et/ou déglycérolé)

À COMPLÉTER

N° de client : _____	Nom du client : _____	
	Date de livraison : _____	
Transport : <input type="checkbox"/> Banque AM	<input type="checkbox"/> Banque PM	<input type="checkbox"/> Autobus _____
<input type="checkbox"/> Poste Prioritaire	<input type="checkbox"/> Tournée _____	<input type="checkbox"/> Autre _____
CONFIRMATION DE COMMANDE URGENTE <u>DÉJÀ FAITE</u> PAR TÉLÉPHONE <input type="checkbox"/>		
Commande placée par : _____	Date : _____	Heure : _____

RÉSERVÉ À HÉMA-QUÉBEC

Complété par : _____	<input type="checkbox"/> Chauffeur HQ jour
Date : _____	<input type="checkbox"/> Chauffeur HQ nuit

TYPE DE PRODUIT

Quantité : _____	<input type="checkbox"/> Culot phénotypé	<input type="checkbox"/> Anti-CMV	<input type="checkbox"/> IgA déficient
	<input type="checkbox"/> Culot lavé	<input type="checkbox"/> Culot irradié	
	<input type="checkbox"/> Culot déglycérolé		

RENSEIGNEMENTS SUR LE RECEVEUR

Groupe : ABO _____ Rh _____	Autres groupes et Rh acceptables pour substitution _____
Nom (lettres moulées) : _____	
Diagnostic : _____	
Phénotypes : _____	

COMMENTAIRES

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Anticorps actif à 37°C: _____
Transfusion prévue le (date) : _____
Raison : <input type="checkbox"/> prévention d'immunisation
<input type="checkbox"/> patient déjà immunisé
<input type="checkbox"/> transfusion chronique
Remarques : _____

À L'USAGE DE HÉMA-QUÉBEC

Remarques : _____	N° commande PROGESA : _____
_____	_____
_____	Par : _____ Heure : _____

Télécopieurs : 514- 904- 2522 / sans frais 1- 866- 811- 9465