

FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU SERVICE À LA CLIENTÈLE-HÔPITAUX (514) 904-2522 / 1 (866) 811- 9465

SECTION 1 – DEMANDE À REMPLIR PAR LE MÉDECIN REQUÉRANT

Client : _____ N° de requête TRACELINE : _____ Nom du patient : _____ Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M DDN (jj-mm-aaaa) : _____ Nom du médecin requérant : _____	Produit demandé : _____ Quantité demandée : _____ Groupe _____ Rh _____ anti-CMV nég <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> s/o Irradié par Héma-Québec (Autres produits sauf granulocytes) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Important : HQ sélectionnera un donneur selon le groupe ABO Rh et la détermination de l'anti-CMV, connu dans son système informatique, basé sur les résultats d'un don antérieur.
Motif clinique : _____	
J'accepte de recevoir les produits pour lesquels les analyses sont incomplètes. Signature du médecin requérant : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____	

SECTION 2 À 6 RÉSERVÉ À L'USAGE D' HÉMA-QUÉBEC SEULEMENT

SECTION 2 – AUTORISATION PAR HÉMA-QUÉBEC (À OBTENIR AVANT LA DISTRIBUTION)

AUTORISATION VERBALE (AU BESOIN)	AUTORISATION ÉCRITE
NOM DU MÉDECIN DE GARDE D'HQ : _____	SIGNATURE DU MÉDECIN DE GARDE D'HQ : _____
APPEL FAIT PAR : _____ DATE : _____	DATE : _____

SECTION 3 – PRODUITS À DISTRIBUER (SCH) : COMPLÉTER LE TABLEAU SELON LES INFORMATIONS CONTENUES SUR L'ENR-00791

N° DU DON OU DE POOL DE PLAQUETTES	DATE DE PRÉLÈVEMENT OU PRÉPARATION (jj-mm-aaaa)	N° DES DONS DU POOL (SI POOL À LIBÉRER)
Effectué par (paraphe) : _____		Date : _____

SECTION 4 – ANALYSES (USAGE SCH, ÉTI SEULEMENT)

LES RÉSULTATS DU DON ANTÉRIEUR ACCOMPAGNENT L'ENVOI	N° DON(S) ANTÉRIEUR(S)		

Au médecin traitant, par la présente, nous confirmons que pour les dons mentionnés ci-dessus, les analyses habituellement effectuées par Héma-Québec n'ont pas toutes été complétées.

PRODUITS PLAQUETTAIRES UNIQUEMENT <input type="checkbox"/> S/O	Culture bactérienne : <input type="checkbox"/> Échantillon prélevé * <input type="checkbox"/> Culture non testée <input type="checkbox"/> En attente (Suivi uniquement si culture positive) <i>* Échantillon prélevé avant le délai de 48 heures d'attente prévu au protocole d'échantillonnage</i>
Date et heure approximatives de la disponibilité des résultats : _____	

Analyses	En attente	Analyses	En attente	Analyses	En attente	Non testées
ABO et Rh	<input type="checkbox"/>	Anti-VHC (VHC-D-FIN)	<input type="checkbox"/>	Dépistage du Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DETACPOOL	<input type="checkbox"/>	AgHBs (VHB-D-FIN)	<input type="checkbox"/>	TAN VNO (TANVNO-DEP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syphilis (SYPH-D-FIN)	<input type="checkbox"/>	Anti-HBc (HBC-D-FIN)	<input type="checkbox"/>	Anti-CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIH (VIH-DUO)	<input type="checkbox"/>	TAN VIH-VHC-VHB (TANMUL-DEP)	<input type="checkbox"/>	TAN-B19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anti-HTLV-I/II (HTLV-D-FIN)	<input type="checkbox"/>			TAN-VHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N° commande ePROGESA : _____

Effectué par (SCH) : Paraphe : _____ Date : _____	Vérification des analyses en cours (ÉTI) : Paraphe : _____ Date : _____
---	---

SECTION 5 - IRRADIATION ET RELÂCHE POUR GRANULOCYTES (USAGE EXP ET AQ SEULEMENT) S/O

EXP	Irradiation effectuée: <input type="checkbox"/> Oui* Paraphe : _____ Date : _____ <i>* : Statuer selon l'ensemble des critères décrits dans la PFN-00163.</i>
	Transmission de la documentation complète à l'AQ (ENR-00533, Dons antérieurs, Rapport d'irradiation, ENR-00791, ENR-02189): Effectuée par : Paraphe : _____ Date : _____
Relâche AQ	Documentée par : Paraphe : _____ Date : _____

SECTION 6 - DISTRIBUTION (EXP)

TRANSMETTRE AU CLIENT DÈS QUE DISPONIBLE	N° Bon de distribution : _____
	Date et Heure d'émission/emballage : _____
	Effectué par : Paraphe : _____ Date : _____