

RAPPORT DE COLLECTE DE HPC, MARROW

ID Héma-Québec du patient :	ID GRID du donneur:[Commentaires]
ID International du patient : [Objet]	Date de naissance du donneur (jj/mm/aaaa):
Centre Collecteur:	ABO/Rh du donneur:
Date de collecte: (jj/mm/aaaa)	Donneur: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

DETAILS DE LA COLLECTION:

Heure de début (24h):	Heures de fin (24h):	Fuseau horaire:	Nombre total de sacs:
Volume totale de la collection:		L	

DÉTAILS DU PRODUIT:

Nombre total de cellules nucléées (TNC): _____ x 10 ⁸	
Nombre de cellules nucléées (10 ⁸) par sac : Sac #1: _____ Sac #2: _____ Sac #3: _____	
Anticoagulant utilisé:	Quantité/Ratio:
Milieu de culture utilisé:	Quantité/Ratio:
Est-ce que le produit de moelle osseuse a été filtré? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Méthode:
Y a-t-il des changements non prévus au produit demandé? Si oui, spécifier:	Y a-t-il des changements au nombre d'échantillons demandé? Si oui, spécifier:

Signature: _____ Date: _____

VÉRIFICATION DE L'IDENTIFICATION DU PRODUIT

<u>Courrier</u> : J'ai examiné tous les produits, échantillons et documents et je certifie qu'ils sont justes et complets selon les identificateurs du donneur et du receveur indiqués sur ce formulaire.	
Nom du Courrier: _____	Signature du Courrier: _____ Date: _____
Réception du produit par courrier (jj/mm/aaaa) : _____ Heure: _____	
Fuseau horaire: _____	
Représentant du Centre Collecteur: _____	Signature: _____
Date: _____	

Courrier- garder copie original; garder une copie au Centre collecteur et faxer à Héma-Québec (514) 832-0266