

FORMULAIRE DE COLLECTE DE HPC, APHERESIS

_____	_____
ID du donneur	Nom du donneur
_____	_____
ID Héma-Québec du patient	ID International du patient

Information concernant le prélèvement :

Vérification de l'identification du donneur (Paraphe /Date: _____)

WBC du donneur avant la procédure : _____

Heure du début de la procédure : _____

Accès veineux : Cubital Fémoral Autre : _____

Si cathéter veineux central, justifier : _____

Plusieurs accès veineux nécessaire? Oui Non

Si Oui, expliquez : _____

Le donneur a eu des réactions au citrate? Oui Non

Si Oui, expliquez : _____

Liste de traitement à la suite de la réaction au citrate : _____

Liste des médicaments reçus pendant le prélèvement : _____

WBC après le prélèvement (si disponible) : _____ Heure de fin du prélèvement : _____

Information sur le produit:

Volume de sang traité : _____ Litres

Séparateur de cellules utilisé : _____ Version n°: _____

Anticoagulant : _____ Volume _____ N° Lot _____ Expiration _____

Produits sanguins:

Le donneur a reçu du sang durant ou suivant le prélèvement? Oui Non
Homologue _____
Autologue _____

Le donneur a reçu d'autres produits sanguins durant le prélèvement? Oui Non

Si oui, quel type et la quantité : _____

Le donneur a reçu une prescription de médicaments lors de son congé? Oui Non

Si oui, quel type de médicaments : _____

Complications associées au prélèvement (i.e. perte de conscience, vomissement, etc.)? Si oui, expliquez : _____

Infirmière : _____		
Nom (caractères d'imprimerie)	Signature	Date (jj/mm/aaaa)

Une fois le suivi complet, SVP télécopier à HÉMA-QUÉBEC au (514) 832-0266