

DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS (A REMPLIR EN DOUBLE EXEMPLAIRE)

Nom et prénom du malade.....Date de naissance.....Sexe.....
Service..... Lit..... Matricule.....DossierN°.....

Groupe sanguin Rhésus (en toutes lettres) Phénotype

Diagnostic et motif de la transfusion.....	
Polytransfusé : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Date de la dernière transfusion / /
Date de la dernière RAI / /	Résultats.....
Réactions transfusionelles antérieures NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	Types.....
Nombre de grossesses antérieures <input type="text"/>

PRODUITS DEMANDES	QUANTITES	QUALIFICATIFS
<input type="checkbox"/> Sang total	<input type="checkbox"/> Appauvri en leucocytes
<input type="checkbox"/> Culot globulaire	<input type="checkbox"/> Déleucocyté
<input type="checkbox"/> Culot plaquettaire	<input type="checkbox"/> Phénotypé
<input type="checkbox"/> P F C	<input type="checkbox"/> Irradié
<input type="checkbox"/> P D C	<input type="checkbox"/> Autres :.....
<input type="checkbox"/> Cryoprécipité

Nom du médecin prescripteur	Téléphone	Signature	Cachet

Date.....

- Joindre à la demande - Carte de groupe sanguin
- Echantillon de sang du malade pour test de compatibilité
- Bons des donneurs ou carte de donneur de sang

**NUMEROS DES UNITES
DISTRIBUEES**

..... Date / / Nom et signature du porteur
.....
..... Heure :.....

- N.B :** - Avant toute transfusion, s'assurer que les numéros des unités à transfuser correspondent à ceux inscrits sur la présente demande ;
- Effectuer le contrôle prétransfusionnel ultime au lit du malade ;
- Consigner toute transfusion d'un produit sanguin sur le registre transfusionnel du service et sur la fiche transfusionnelle du receveur.