

ORDONNANCES DE PRODUITS SANGUINS LABILES

CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES

Finess : 370000903

PRESCRIPTEUR

Nom (majuscule) _____

Signature (obligatoire) _____

Service (UF) : _____

PATIENT (Etiquette patient)

Sexe : F M

Nom de naissance : _____

NOM MARITAL:

Prénom : _____

Né(e) le : _____

IPP : _____

Tél. direct : _____

Date de la prescription

--	--	--	--	--	--	--	--

Date et heure souhaitées
pour la distribution

--	--	--	--	--	--	--	--

		H			
--	--	---	--	--	--

- Urgence Vitale Immédiate (distribution sans délai)
- Urgence Vitale (délai distribution < 30 minutes)
- Urgence relative (délai distribution 2 à 3 heures)

Renseignements cliniques : _____

RESERVE (à garder à l'EFS)

CONCENTRE de GLOBULES ROUGES

Dérégulation RAI 21 jours
RAI négative et absence de transfusion ou
grossesse depuis 6 mois
Signature du médecin obligatoire : _____

- Phénotypé Rh Kell
- CMV négatif
- Irradié
- Compatibilisé
- Préparation pédiatrique : _____ ml
- Autres (préciser) _____

Taux d'hémoglobine : _____ g dl

Quantité désirée : _____

• Poids : _____ kg

• Num. Plaquettaire : _____

• Date Numération : _____

CONCENTRE de PLAQUETTES

- CMV négatif
- Irradié
- Réduction de volume : _____ ml
- Autres (préciser) _____

CPA

MCPS

Quantité désirée : _____ 10

Le produit le plus adapté sera sélectionné
en fonction des produits disponibles

Indication de la transfusion

- CIVD
- Hémorragies aiguës avec déficit global des facteurs de coagulation
- Déficiences complexes rares en facteurs de coagulation
- Echange plasmatique : SHU PTT
- Autre (préciser) _____

PLASMA THERAPEUTIQUE

PFC-SD

PFC-IA

Quantité désirée : _____ Unité 200 ml

Le produit le plus adapté sera sélectionné
en fonction des produits disponibles

PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES

Quantité désirée

CGR

--

PFC

--

Autre :
(préciser)

TRANSFUSEURS

--

CARTES PRETRANSFUSIONNELLES

--

Cadre réservé à l'EFS

ORDONNANCES DE PRODUITS SANGUINS LABILES

CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES

Finess : 370000903

PRESCRIPTEUR

Nom (majuscule) _____

Signature (obligatoire) _____

Service (UF) : _____

PATIENT (Etiquette patient)

Sexe : F M

Nom de naissance : _____

NOM MARITAL:

Prénom : _____

Né(e) le : _____

IPP : _____

Tél. direct : _____

Date de la prescription

Date et heure souhaitées
pour la distribution H

- Urgence Vitale Immédiate (distribution sans délai)
 Urgence Vitale (délai distribution < 30 minutes)
 Urgence relative (délai distribution 2 à 3 heures)

Renseignements cliniques : _____

RESERVE (à garder à l'EFS)

CONCENTRE de GLOBULES ROUGES

Dérégulation RAI 21 jours
RAI négative et absence de transfusion ou
grossesse depuis 6 mois
Signature du médecin obligatoire : _____

- Phénotypé Rh Kell
 CMV négatif
 Irradié
 Compatibilisé
 Préparation pédiatrique : _____ ml
 Autres (préciser) _____

Taux d'hémoglobine : _____ g dl

Quantité désirée : _____

• Poids : _____ kg

• Num. Plaquettaire : _____

• Date Numération :

CONCENTRE de PLAQUETTES

- CMV négatif
 Irradié
 Réduction de volume : _____ ml
 Autres (préciser) _____

CPA MCPS

Quantité désirée : _____ 10

Le produit le plus adapté sera sélectionné
en fonction des produits disponibles

Indication de la transfusion

- CIVD
 Hémorragies aiguës avec déficit global des facteurs de coagulation
 Déficiences complexes rares en facteurs de coagulation
Echange plasmatique : SHU PTT
 Autre (préciser) _____

PLASMA THERAPEUTIQUE

PFC-SD PFC-IA

Quantité désirée : _____ Unité 200 ml

Le produit le plus adapté sera sélectionné
en fonction des produits disponibles

PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES

Quantité désirée CGR

PFC

Autre :
(préciser) _____

TRANSFUSEURS

CARTES PRETRANSFUSIONNELLES

Cadre réservé à l'EFS