

Réservé au Laboratoire	N° Labo
Date et heure de réception :	

<input type="checkbox"/>	<b>RAI pré-transfusionnelle</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Protocole Transfusion Massive</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Patient drépanocytaire ou autre Hbpathie</b>

Identification Patient	
N° Patient :	N° administratif
Nom	Prénom
Né(e) le : ___ / ___ / _____	Sexe : M / F
Adresse :	
Code Postal :	Localité :
O.A. :	N° Matricule
Titulaire	
Bénéficiaire, conjoint, enfant, ascendant CT /	

Renseignements	
<b>Indiquer si groupe connu :</b>	
<b>Transfusion antérieure</b>	
Où ?	Quand ?
Commandes	
<b>INDICATIONS</b>	
<input type="checkbox"/> Préop .....	<input type="checkbox"/> Autres .....
<input type="checkbox"/> <u>ROUTINE</u> (<4h)	
<input type="checkbox"/> <u>URGENCE</u> :	
<input type="checkbox"/> vitale immédiate	<input type="checkbox"/> vitale(<30') <input type="checkbox"/> relative(<2h)
Fourniture souhaitée pour : le ___ / ___ / _____	
à ___ h ___	
<input type="checkbox"/> A stocker au laboratoire	<input type="checkbox"/> à délivrer en salle d'opération

Site	Unité de soins :
<input type="checkbox"/> Site de la Citadelle	Prélevé le : ___ / ___ / _____
<input type="checkbox"/> Site de Sainte-Rosalie	Heure : ___ h ___
<input type="checkbox"/> Site de Château Rouge	Par : _____
<input type="checkbox"/> Site ISoSL <input type="checkbox"/> Péri	
<input type="checkbox"/> Valdor	

Avec mise au point biologique	
Médecin prescripteur :	
N° d'identification INAMI :	
Date ___ / ___ / _____	
Signature :	

Nbre unités	Une demande par type de produit
	<b>Concentré Globules Rouges</b>
-----	<b>Concentré érythrocytaire nourrisson déleucocyté</b>
-----	<b>Concentré érythrocytaire adulte déleucocyté :</b>
	<b>PRODUIT A IRRADIER</b> <input type="checkbox"/> OUI / <input type="checkbox"/> NON
	<i>Préciser l'indication :</i>
	<input type="checkbox"/> Patient porteur d'un déficit immunitaire cellulaire
	<input type="checkbox"/> Avant ou pendant un prélèvement des cellules souches hématopoïétiques
	<input type="checkbox"/> Patient traité par greffe de cellules souches hématopoïétiques
	<input type="checkbox"/> Don dirigé intra-familial
	<input type="checkbox"/> Transfusion intra-utérine
	<input type="checkbox"/> Exsanguino-transfusion
	<input type="checkbox"/> Transfusion massive (1 masse) chez le prématuré
	<input type="checkbox"/> Autres (à spécifier) :
	<b>Concentré plaquettaire (pathogène réduit)</b>
	<b>Poids du patient :</b>
-----	Pool de plaquettes déleucocyté - (1U = 0.5x10 <sup>11</sup> plaq)
-----	<b>Unitaire</b> de plaquettes déleucocyté - ( +/- 8U = 4.10 <sup>11</sup> plaq)
	<b>Plasma Frais Congelé</b>
-----	<b>Plasma Frais Congelé viro-inactivé par SD</b>
	<i>Préciser l'indication : (M.B. 30 décembre 1993)</i>
	<input type="checkbox"/> Déficit isolé en facteur de coagulation (FV, FXI)
	<input type="checkbox"/> Accident hémorragique dû au surdosage en anti-vitamines K
	<input type="checkbox"/> Hémorragie massive avec déficit combiné en facteurs de coagulation ou thrombolyse
	<input type="checkbox"/> Purpura thrombocytopenique thrombotique (Moschowitz)
	<input type="checkbox"/> Exsanguino-transfusion néo-natale
	<b>Fibrinogène</b>
-----	<b>Flacon fibrinogène lyophilisé (1g/flacon)</b>
	<input type="checkbox"/> Traitement * d'une hémorragie majeure chez un patient présentant un déficit <u>acquis</u> , aigu en fibrinogène
	* remboursement pour max. 3 grammes (renouvelable) accordé sur base d'une demande électronique introduite par le médecin spécialiste via la plateforme e-Health (CIVARS)
	<input type="checkbox"/> Traitement* et prévention péri-opératoire des saignements chez les patients présentant une hypo- ou afibrinogénémie <u>congénitale</u> avec une tendance aux saignements
	* remboursement accordé sur base d'une demande électronique introduite par le médecin attaché à Hemowab (N° INAMI : 7.89-810-61) via la plateforme e-Health (CIVARS)
	<b>Auto-Transfusion</b>
-----	<b>Concentré érythrocytaire auto-transfusion</b>
-----	<b>Plasma Frais Congelé auto-transfusion</b>
	<b>Autres</b>
-----	<b>Autres :</b>