



Pour toute information sur les produits sanguins et les procédures transfusionnelles, veuillez consulter le Manuel de Transfusion

Hôpital / clinique :

N° référence :

Biologiste :

Service :

Unité de soins :

N° Patient : N° administratif :

NOM, Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M / F

Adresse :

Code Postal : Localité :

OA : N° Matricule :

Titulaire/bénéficiaire/conjoint/enfant/ascendant/CT : /

Prélèvement: 9 ml sur EDTA 1 feuille par type de produit

Unité **Concentrés Erythrocytaires**

..... Concentré Erythrocytaire déleucocyté nourrisson

..... Concentré Erythrocytaire déleucocyté adulte

..... Concentré Erythrocytaire **AUTOLOGUE**

Indication : Anémie (Hb :g/dL)
 Hémorragie
 Pré-opératoire
 Autre (à préciser) :

Produit à **IRRADIER** OUI / NON

Patient atteint d'un déficit immunitaire
 Patient greffé (cellules souches, organe solide)
 Exsanguino-transfusion néonatale
 Transfusion néonatale
 Autre : (à préciser) :

Unité **Concentrés Plaquettaires**

..... Concentré standard déleucocyt. (1U = 0.5 x 10¹¹ plaq)

..... Concentré Unitaire déleucocyté (CUP = 1 seul donneur)
(8U = 4 x 10¹¹ plaq)

Indication : Thrombopénie (Plaq : 10³/µL)
 Hémorragie
 Pré-opératoire
 Autre (à préciser) :

NB : les Concentrés Plaquet. Pathogène-Réduit ne doivent pas être irradiés

Unité **Plasma Frais Congelé**

Indication (doit être précisée; MB 30/12/1993)

..... Déficit isolé en Facteur de coagulation (FV, FXI)
 Accident hémorragique dû à un surdosage en anti-vitamine K
 Hémorragie massive avec déficit combiné en facteurs de coagulation ou thrombolyse
 Purpura thrombocytopenique thrombotique (Moschowitz)
 Exsanguino-transfusion néonatale

..... Plasma Frais congelé **AUTOLOGUE**

Case réservée au laboratoire/BDS

Horodateur :

Etiquette GLIMS

Groupe ABOD :

Sous-groupes Rh, K :

Contrôle groupe :

RAI Gel :

RAI NEO :

Paraphe :

Revue de commande OK

NON OK En attente commande/stock (ETS)
 En attente analyses labo
 Autre raison :

Paraphe+ action (si NOK) :

Type de commande

Normale (± 4 h)
 Prioritaire (± 2h)
 ISOGROUPE (téléphoner au laboratoire
04/366.75.50 avant de transfuser)

Fourniture souhaitée

Date : heure

Préleveur - Préleveuse

NOM+prénom : Paraphe:

Médecin prescripteur

À remplir OBLIGATOIREMENT (AR 21/05/1989)

Nom, prénom :

N° INAMI :

Date de la demande :

Signature :