



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

Hôpital / clinique : .....	N° Patient : ..... N° administratif : .....
N° référence : .....	NOM, Prénom : .....
Biologiste : .....	Date de naissance : ...../...../..... Sexe : <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F
Service : .....	Adresse : .....
Unité de soins : .....	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 10<sup>11</sup> plaq)  
 ..... Concentré Unitaire déleucocyté (CUP = 1 seul donneur)  
 (8U = 4 x 10<sup>11</sup> plaq)

**Indication** :  Thrombopénie (Plaq : ..... 10<sup>3</sup>/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

Horodateur : .....

### Etiquette GLIMS

Groupe ABOD : .....

Sous-groupes Rh, K : .....

RAI	Papaïne	Coombs
GR N°1		
GR N°2		
GR N°3		

Contrôle groupe : .....

RAI Gal. : .....

Paraphe : .....

### Type de commande

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

### Fourniture souhaitée

Date : .....heure .....

### Préleveur-Préleveuse

NOM, prénom : .....

Signature : .....

### Médecin prescripteur

À remplir OBLIGATOIREMENT (AR 21/05/1989)

Nom, prénom : .....

N° INAMI : .....

Date de la demande : .....

Signature : .....