

Commande de concentrés érythrocytaires déleucocytés (CED)

IDENTIFICATION DU PATIENT (OBLIGATOIRE)

coller l'étiquette administrative ou la vignette mutuelle

Nom Prénom :

Date de naissance : / /

sexe : masculin
 féminin

Adresse :

vignette mutuelle
ou
étiquette administrative CHM
(sur les 3 feuillets)

Mutuelle :

Matricule :

IDENTIFICATION DU PRESCRIPTEUR (OBLIGATOIRE)

Cachet (N°INAMI) + signature obligatoires (obligation légale)

Nom Prénom :

INAMI :

Date de prescription : / /

Signature :

IDENTIFICATION DU PRÉLEVEUR (OBLIGATOIRE)

Prélèvement (tube EDTA)

Effectué et identifié par :, le/...../..... àh.....

Les noms, prénoms et date de naissance du patient doivent être renseignés sur chaque prélèvement ainsi que les initiales du préleveur.



- J'ai informé mon patient au sujet de la transfusion et il a donné son accord. (Les poches ne seront délivrées qu'en cas de consentement obtenu de la part du patient sauf cas d'urgence)
- URGENCE : pas de consentement obtenu.

GRUPE SANGUIN DU PATIENT

CONNU :

INCONNU (à déterminer)

Délivrance de CED après détermination du groupe sanguin du patient sur deux prélèvements distincts, prélevés par deux personnes différentes à des temps différents (groupe définitif).

INDICATION TRANSFUSIONNELLE

(RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE)

- Hémoglobine < 7 g/dl
- Hémoglobine < 8 g/dl (avec atteinte vasculaire cérébrale ou coronarienne)
- Pertes sanguines aiguës (>20% du volume sanguin)
- Pré-opératoire :

↳ Nature de l'intervention : ; Taux Hb :g/dl ; Date de l'intervention :/...../.....

AUTRE (à préciser) : ; Taux Hb :g/dl

DEGRE D'URGENCE DE LA DELIVRANCE DES CED

(RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE)

(prévenir la banque de sang au 8283 si commande urgente ou urgence vitale)

Non-Urgent Délivrance si possible le /...../..... à h..... pour le service

Urgent Délivrance des CED dans l'heure (si RAI négative), après réception des prélèvements conformes.

URGENCE VITALE Délivrance de CED "iso-groupe" **avant** réalisation des tests de compatibilité selon le phénotype ABO Rh du patient (si groupe définitif connu).

Le médecin prescripteur en cochant cet item accepte la complète responsabilité de son choix et s'engage à en avertir le médecin transfuseur. Le labo s'engage à fournir dans les meilleurs délais les résultats des tests de compatibilités obtenus **après** délivrance.

➔ préciser le numéro téléphonique où l'on peut vous joindre :

NOMBRE D'UNITES COMMANDEES

(RENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE)

Concentrés Erythrocytaires Déleucocytés (CED)

CED IRRADIES (contacter le laboratoire) (attention, irradiation des CED uniquement les jours ouvrables, de 8h à 16h)

Indications CED irradiés (à cocher obligatoirement) :

- patient devant bénéficier d'une greffe (allo- ou auto-) médullaire
- patients ayant subi une greffe médullaire (CE irradiés pendant 6 mois post-greffe)
- patients greffés d'organes sous immunosuppresseurs (utilisation d'ATG: anti-thymoglobuline)
- patient atteint d'un lymphome d'Hodgkin
- patient atteint d'une aplasie médullaire
- patient traité ou ayant été traité par un analogue de la purine (fludarabine, cladribine, pentostatine, MabCampath (indication à vie)
- immunodéficiences congénitales

Remarque générale :

Les concentrés érythrocytaires compatibles sélectionnés dans cette commande restent affectés à votre patient (e) pendant une période strictement limitée à 72h (la période débute à la date et l'heure de réalisation de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI)).