

Pour toutes informations concernant les produits sanguins labiles, consulter le Guide Clinique de Transfusion accessible via l'Intranet

Apposer une étiquette patient ou compléter:
 NOM :
 PRENOM :
 DATE DE NAISSANCE :SEXE :
 ADRESSE :
 SERVICE :

Case réservée à la banque de sang (tel 63.02)
 Date et heure de réception :
 par :
 Etiquette Glims

Toute demande INCOMPLETE et/ou tube NON CONFORME seront refusés par le laboratoire

CONCENTRÉS ÉRYTHROCYTAIRES DÉLEUCOCYTÉS (CED) 1 tube EDTA

..... Unité(s) de CED adulte (+/- 250 mL) Unité(s) de CED autologue
 Unité(s) de CED pédiatrique (+/- 60 mL) (**UNIQUEMENT sur commande: délai de livraison 24 à 48h**)
 Si commande ≥ 2 poches, justification **OBLIGATOIRE**:
 Hémorragie sévère Anémie très sévère (< 5g/dL) Autre (à préciser) :
IRRADIATION : OUI / NON **Indications d'irradiation (à cocher)** :
 Greffe CSH/moëlle Traitement par analogue purinique Transfusion intra-utérine (TIU)
 Anémie aplasique sévère Immunodéficience congénitale Prématuré < 32S ou < 1500g
 Lymphome HK Autres : Nouveau-né avec ATCD TIU
Motif de transfusion (à compléter IMPÉRATIVEMENT, AR du 17.02.2005)
 Anémie Hémorragie: origine : Autre (à préciser) : Hémoglobinopathie ? OUI / NON
Indications transfusionnelles (à compléter IMPÉRATIVEMENT, AR du 17.02.2005) :
 Taux d'Hb : g/dL Si Hb > 9g/dL : justification **OBLIGATOIRE** :
 Pré-op Onco-hémato Hémorragie Autre (à préciser) :

CONCENTRÉS PLAQUETTAIRES (CP) 1 tube EDTA
uniquement si groupe sanguin inconnu ou déterminé 1 seule fois

..... Poche(s) de Concentré Standard (POOL) **Indications (à compléter IMPÉRATIVEMENT, AR du 17.02.05)**
 Poche(s) de Concentré Unitaire (CUP) Thrombopénie (Plts:10³/μL) Hémorragie
 Poche(s) Pédiatrique (**délai livraison 24 à 48h**) Pré-opératoire Autre :
 → Nb d'unités souhaitées : (1 U= 0,5 x 10¹¹ plts)

PLASMA FRAIS CONGELÉS (PFC) 1 tube EDTA
uniquement si groupe sanguin inconnu ou déterminé 1 seule fois

..... Poche(s) de PFC
Conditions de remboursement (à compléter OBLIGATOIREMENT, AR du 17.02.2005) :
 C.I.V.D. Déficit FXI Déficit FV Déficit combiné P.T.T Exsanguino-transfusion (incomp. ABO)

Type de commande (HER-WAR: ajouter délai transport)
 Normale (+/- 4h) Prioritaire (+/- 2h)
 Urgence vitale +/- 20 min (anciennement isogroupe)
Attention, produit délivré sans tests de compatibilité. Appelez la banque de sang (63.02) avant de transfuser
 Urgence vitale IMMEDIATE (= sang dépôt): immédiat

Fourniture souhaitée : le/...../..... àh.....
 Site de fourniture : MLE WAR HER
 Conserver à la BDS

Identité préleveur :
 Signature : Date :/...../.....

Médecin prescripteur (à compléter OBLIGATOIREMENT) :
 Nom, prénom : Date :/...../.....
 N° INAMI :
 Signature / cachet :