

Annexe IV

REPUBLIQUE TUNISIENNE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

ETABLISSEMENT DE SOINS :
SERVICE :

PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES (A REMPLIR EN TRIPLE EXEMPLAIRES)

Identité du patient (ou étiquette)

Nom /Nom de jeune fille :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Nationalité :
Sexe : Masculin : Féminin :
Poids :
Matricule : Dossier N° : Lit :

Identité du médecin Prescripteur

Date et heure :/...../..... àh.....	Signature et cachet
Téléphone :	

Identité du préleveur d'examen immuno-hématologiques

Groupe sanguin ABO

Rhésus D
(en toutes lettres)

Phénotype Rhésus-Kell

C	c	E	e	K

- TRANSFUSION PROGRAMMÉE : date et heure prévue de la transfusion :/...../..... à
- URGENCE RELATIVE « UR » (obtention des CGR dans 2 à 3 heures) avec Test de compatibilité ou RAI
- URGENCE VITALE « UV » (obtention des CGR en moins de 30mn) avec Test de compatibilité ou RAI
- URGENCE VITALE IMMÉDIATE « UVI » (SANS TEST de compatibilité ni RAI):
Si OUI cocher et signer encore ici (nom et prénom lisibles du médecin):
- Commande à garder au CRTS jusqu'au/...../..... àh..... (confirmé par téléphone)

Diagnostic et motif de la transfusion :

Date de la dernière RAI/...../..... Résultat :

Polytransfusé : Non Oui Date de la dernière transfusion :/...../.....

Réactions transfusionnelles antérieures : Non Oui Type :

Grossesses antérieures : Non Oui Date de la dernière grossesse :/...../.....

PRODUITS DEMANDES	QUANTITES	QUALIFICATIONS-TRANSFORMATIONS
<input type="checkbox"/> CGR: Concentré de Globules Rouges	<input type="checkbox"/> Phénotypé
<input type="checkbox"/> CSP: Concentré standard de plaquettes	<input type="checkbox"/> DéDéleucocyté
<input type="checkbox"/> Pool de CSP	<input type="checkbox"/> Irradié
<input type="checkbox"/> CPA: Concentré plaquettaire d'aphérèse	<input type="checkbox"/> Déplasmatisé
<input type="checkbox"/> PFC: Plasma frais congelé	
<input type="checkbox"/> Cryoprécipité	

NUMEROS DES UNITES DISTRIBUEES	Date:/...../.....	Nom et signature du porteur :
.....	Heure :h.....	(Noter l'heure exacte d'arrivée de la demande à l'ETS:h.....) (Noter l'heure exacte de distribution des PSL à l'ETS :h.....) ETS distributeur :

- Joindre à cette demande : - Carte de GS ABO-Rhésus D sauf URGENCE VITALE
- Echantillon de sang du malade pour examens immunohématologiques ou résultat de la RAI valide
- Bons des donateurs ou carte de donneur de sang
- Avant toute transfusion, s'assurer que les numéros des unités à transfuser correspondant à ceux inscrits sur la présente demande
- Effectuer le contrôle pré-transfusionnel ultime au lit du malade et s'assurer de la compatibilité immunologique;
- Consigner, toute transfusion d'un produit sanguin, sur le registre transfusionnel du service et sur la fiche transfusionnelle du receveur.

