

FORMULAIRE DE COMMANDE SPÉCIALE

Toutes les commandes doivent être faxées.
 NE PAS UTILISER POUR DES PLAQUETTES HLA/HPA SPÉCIFIQUES POUR TIU (transfusion intra-utérine);
 UTILISER F800393 Demande de plaquettes HLA/HPA spécifiques.



SECTION 1 : À REMPLIR PAR L'HÔPITAL

Ordinaire (prochaine livraison) DQP (avant la prochaine livraison) URGENTE (envoyer par fax et tél.)

Date de la transfusion ou de l'intervention : _____ Mode de livraison : _____

Commentaires : _____

Hôpital : _____ Ville : _____

Commande passée par : _____ Date et heure : _____ Tél./Fax : _____

Patient ou S.O. (stockage) Nom complet : _____ Date de naissance : _____
 Anticorps identifiés chez le patient : _____

Phénotypes antigéniques négatifs requis (cochez tout ce qui s'applique et/ou ajoutez des antigènes au besoin)

C	E	c	e	K	Fy ^a	Fy ^b	Jk ^a	Jk ^b	S	s
---	---	---	---	---	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	---	---

Autre(s) : _____

Peut être remplacé par un produit ABO compatible? Oui Non Si non, pourquoi? _____
 (indiquez la raison dans les commentaires ci-dessous)

Commentaires : _____

Unités requises (CGR) _____ Quantité ou ml : _____ ABO/Rh : _____

Traitement ou besoins additionnels (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Irradiation Lavage Receveur avec anticorps anti-IgA Aussi frais que possible

Pour stockage Autre (préciser) : _____

TIU — CGR (CMV négatif) TIU — PLAQUETTES non HLA/HPA (CMV négatif)

Cochez Irradiation ci-haut si nécessaire. Cochez Irradiation ci-haut si nécessaire.

Quantité ou ml : _____ ABO/Rh : _____

Commentaires : _____

Rare Blood Program: Inquiry Only **SECTION 2: FOR CBS USE ONLY** Donor Testing demand request

Rare Blood Medical Consultation, if required: _____

Donation Numbers of Acceptable Units (if applicable) _____

To be filled: Check if Rare Amount (# or mL): _____ ABO/Rh: _____ PROGESA Order #: _____

CBS Comments: _____

Établissement : _____ Fax : (____) _____ Téléphone : (____) _____