

FORMULAIRE DE COMMANDE SPÉCIALE

Toutes les commandes doivent être faxées ou soumises via le portail des hôpitaux si un formulaire équivalent existe. NE PAS UTILISER CE FORMULAIRE POUR LES PLAQUETTES SPÉCIFIQUES HLA/HPA pour les TIU; utiliser le formulaire *Demande de plaquettes HLA/HPA spécifiques* (F800046).



Section I – Hôpital demandeur et patient (à remplir pour tous les types de demande)

Date de la demande (AAAA-MM-JJ) :	Date et heure demandées :	<input type="checkbox"/> STAT*
Hôpital demandeur :		<input type="checkbox"/> DQP
Lieu où expédier la commande :		<input type="checkbox"/> Routine
Personne-ressource 1* :		
Courriel :	Tél. :	Fax :
Médecin demandeur/spécialiste en médecine transfusionnelle :		
Courriel :	Tél. :	Fax :

* Demandes STAT (faxez et téléphonez)

Choisir une option :

Pour un patient particulier (veuillez remplir la partie ci-dessous) OU Pour stockage

Nom de famille :	Prénom :
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :	Province/territoire de résidence :
Numéro de carte santé provinciale/territoriale :	
Le patient souffre-t-il d'anémie falciforme?	
ABO Rh du patient :	Anticorps chez le patient:
Peut être remplacé par un produit ABO compatible?	Peut être remplacé par un produit Rh compatible?
Si non, veuillez indiquer la raison :	

Remarque : Si la SCS doit organiser des transferts d'unités ou des rendez-vous avec des donneurs, le délai pourrait être plus long.

Section II – Concentrés de globules rouges (CGR)

S.O.

Antigènes négatifs requis :

<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> (c)	<input type="checkbox"/> e	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Fy ^a	<input type="checkbox"/> Fy ^b	<input type="checkbox"/> Jk ^a	<input type="checkbox"/> Jk ^b	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> (s)
----------------------------	----------------------------	------------------------------	----------------------------	----------------------------	--	--	--	--	----------------------------	------------------------------

Autres :

Autres critères (En cas de test MMA, indiquez les numéros des donneurs) :

<input type="checkbox"/> Irradiation	<input type="checkbox"/> Lavage*	<input type="checkbox"/> Double lavage ¹	<input type="checkbox"/> TIU, CMV nég. non requis	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser sous Commentaires)
			<input type="checkbox"/> TIU, CMV nég. requis	

Commentaires :

Âge de l'unité² : Moins de ____ jours ou S.O. Quantité _____ (_____)

Nota : ¹ Le double lavage est indiqué pour les patients ayant des antécédents de réactions allergiques graves associées aux anticorps anti-IgA. Si un CGR déficitaire en IgA est disponible, c'est ce qui sera envoyé en remplacement.

² Le critère relatif à l'âge de l'unité ne sera pas considéré comme prioritaire pour répondre à l'exigence d'antigènes négatifs s'il n'y a pas de composants répondant à tous les critères. Cette section doit être utilisée uniquement pour les TIU et l'irradiation.

FORMULAIRE DE COMMANDE SPÉCIALE

Toutes les commandes doivent être faxées ou soumises via le portail des hôpitaux si un formulaire équivalent existe. NE PAS UTILISER CE FORMULAIRE POUR LES PLAQUETTES SPÉCIFIQUES HLA/HPA pour les TIU; utiliser le formulaire *Demande de plaquettes HLA/HPA spécifiques* (F800046).



Section III- Plaquettes		<input type="checkbox"/> S.O.
<input type="checkbox"/> Plaquettes d'aphérèse en solution PAS (non traitées au psoralène) Remarque : ¹ Toutes les plaquettes qui ne sont pas traitées au psoralène sont irradiées. ² Pour commander des plaquettes HLA/HPA spécifiques, utiliser le formulaire <i>Demande de plaquettes HLA/HPA spécifiques</i> (F800046). Veuillez indiquer toute autre analyse ou modification requise: ou S.O. <input type="checkbox"/>		
Quantité _____ (_____)		
Raison : <input type="checkbox"/> TIU <input type="checkbox"/> Allergie au psoralène <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser sous Commentaires)		
Commentaires (Obligatoire si vous avez coché « Autre » comme raison justifiant la demande de plaquettes en PAS) :		
Section IV: For CBS Use Only		
<input type="checkbox"/> Medical Consultation Required Or <input type="checkbox"/> Rare Blood Program Inquiry only		<input type="checkbox"/> N/A
Reason for Medical Consult/Rare Blood Consult (if applicable):		
Result of Medical Consult /Rare Blood Consult (if applicable):		
Donation Numbers of Acceptable Units (if applicable):		
To be filled: Check if Rare: <input type="checkbox"/> Amount (_____): _____ ABO/Rh: _____ PROGESA Order #: _____		
CBS Comments:		<input type="checkbox"/> Donor Testing Demand Request?
Site _____	Fax _____	Phone _____