



OT4005

Installation : _____

N° DE DOSSIER : _____

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

PRESCRIPTION MÉDICALE DE PRODUITS SANGUINS

DATE ET HEURE PRÉVUE DE TRANSFUSION : (____/____/____) _____ : _____			
aaaa/mm/jj		hh:mm	
<input type="checkbox"/> SANG O NÉGATIF SANS CROISEMENT (IMMÉDIAT) <input type="checkbox"/> SANG AVEC COMPATIBILITÉ (45 MINUTES) <input type="checkbox"/> SANG ISOGROUPE (15 MINUTES) <input type="checkbox"/> PROTOCOLE TRANSFUSION MASSIVE (_____ SIGNATURE DU MÉDECIN OBLIGATOIRE _____)			
GLOBULES ROUGES : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 CULOT(S)		Taux d'hémoglobine : _____ grammes / Litre	
Produits spéciaux (indication au verso) : <input type="radio"/> CMV négatif <input type="radio"/> Irradié <input type="radio"/> Sang lavé <input type="radio"/> Sang chauffé <input type="radio"/> Sang de phénotype étendu Indication de transfusion : <input type="checkbox"/> Anémie symptomatique <input type="checkbox"/> Saignement actif <input type="checkbox"/> Saignement <input type="checkbox"/> Pathologie rendant le patient intolérant à l'anémie <input type="checkbox"/> Raison autre (spécifier) : _____			
PLAQUETTE (dose adulte) : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 (1 dose adulte = 1 aphérèse ou 1 pool de 5 unités)			
Produits spéciaux (indication au verso) : <input type="radio"/> CMV négatif <input type="radio"/> Irradié <input type="radio"/> HLA compatibles <input type="radio"/> Donneur unique Indication de transfusion : <input type="checkbox"/> Plaquettes < 10 x 10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Plaquettes < 50 x 10 ⁹ /L chirurgie ou procédure invasive <input type="checkbox"/> Plaquettes < 20 x 10 ⁹ /L <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____			
PLASMA CONGELÉ : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> _____ UNITÉS (environ 250 millilitres par unité)			
Indication de transfusion : <input type="checkbox"/> INR > 1,5 fois la normale <input type="checkbox"/> Surdosage d'anticoagulation orale <input type="checkbox"/> Purpura thrombocytopénique thrombotique (PTT) <input type="checkbox"/> Remplacement de facteurs de coagulation <input type="checkbox"/> Plasmaphérèse <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____			
CRYOPRÉCIPITÉS : <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> _____ UNITÉS			
Indication de transfusion : <input type="checkbox"/> Saignement et fibrinogène < 1,5 g/L <input type="checkbox"/> Saignement post thrombolyse <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____			
IMMUNOGLOBULINES ANTI-D (WinRho®) : <input type="checkbox"/> 120 mcg <input type="checkbox"/> 300 mcg <input type="checkbox"/> _____ mcg			
Indication de transfusion : <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> Post-partum <input type="checkbox"/> Traitement de l'hémorragie foëtaux-maternelle <input type="checkbox"/> Avortement <input type="checkbox"/> Post-transfusion de plaquettes Rh + à un usager Rh - <input type="checkbox"/> Purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI)			
IMMUNOGLOBULINES I.V. (IGIV) : _____ grammes		IMMUNOGLOBULINES SOUS-CUTANÉ : _____ grammes/semaine	
POIDS DU PATIENT (OBLIGATOIRE) : _____ kg			
Indication de transfusion : <input type="checkbox"/> Purpura thrombocytopénique idiopathique (PTI) <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire primaire <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire secondaire <input type="checkbox"/> Myasthénie grave <input type="checkbox"/> Polyneuropathie démyélinisante <input type="checkbox"/> Autre (spécifier) : _____			
IMMUNOGLOBULINES ANTIRABIQUE : <input type="checkbox"/> Immunoglobulines : _____ unités <input type="checkbox"/> Vaccins : _____ fioles			
Indication de transfusion : _____			
IMMUNOGLOBULINES ANTI-HÉPATITE B : _____ mL		COMPLEXE PROTHROMBIQUE : UNITÉS <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 2000 <input type="checkbox"/> 3000 <input type="checkbox"/> 4000 <input type="checkbox"/> 5000	
IMMUNOGLOBULINES ANTI-ZOSTÉRIENNE : _____ UNITÉS		Indication de transfusion : TAUX D'INR : _____ PREND COUMADIN : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
IMMUNOGLOBULINES ANTI-TÉTANIQUE : <input checked="" type="checkbox"/> 1 FIOLE		<input type="checkbox"/> Pré-opératoire urgent <input type="checkbox"/> Saignement-hémorragie sévère <input type="checkbox"/> Autre : _____	
IMMUNOGLOBULINES INTRAMUSCULAIRE : _____ mL		ALBUMINES : <input type="checkbox"/> 5% <input type="checkbox"/> 25% _____ mL	
Indication de transfusion Spécifier : _____		Indication de transfusion : <input type="checkbox"/> Plasmaphérèse <input type="checkbox"/> Autre : _____	
AUTRE PRODUIT : _____		Quantité : _____	
Indication de transfusion Spécifier : _____			
Date (aaaa/mm/jj)	Heure (hh :mm)	Prénom et nom du médecin (obligatoire)	Signature (obligatoire)

Indication de transfusion de produits sanguins spéciaux :

CMV négatif :

- Transfusion d'échange chez le nouveau-né (Non disponible au CISSSO)
- Transfusion intra-utérine (Non disponible au CISSSO)
- Femme enceinte avant le début du travail

En cas d'urgence, si les produits sanguins CMV séronégatifs ne sont pas disponibles, il ne faut pas retarder la transfusion; on peut administrer des unités de globules rouges et de plaquettes non testés étant donné qu'ils ont subi une leucoréduction.

Globules rouges lavés :

- Réaction sévère documentée aux protéines plasmatiques
- Patient connu avec déficience en IgA (immunoglobulines A)

Irradié :

- Transfusion d'échange chez le nouveau-né (Non disponible au CISSSO)
- Don dirigé ou désigné
- Nouveau-né de petit poids ≤ 1500 grammes
- Transfusion intra-utérine (Non disponible au CISSSO)
- Greffé de la moelle osseuse ou de cellules souches ou en attente d'une greffe
- Immunodéficience congénitale ou héréditaire (ne s'applique pas aux patients porteurs du VIH)
- Maladie de Hodgkin
- Anémie aplasique
- Patient traité à la Fludarabine ou à la Cladribine ou à l'Alemtuzumab ou au Bortezomib ou au Bendamustine pour une période indéterminée
- Patient en attente de cytophérèse pour recueil de cellules souches périphériques hématopoïétiques
- Transplantation d'organe solide

Globules rouges chauffés :

- Patient connu avec taux élevé d'auto-anticorps froids
- Patient atteint d'anémie paroxystique nocturne

HLA (antigènes des leucocytes humains) compatible :

- Patient réfractaire aux transfusions de plaquettes
- Patient connu avec anticorps HLA

Globules rouges de phénotype étendu :

- Patient sous protocole de transfusion chronique (drépanocytose, Thalassémie, sur prescription d'un hématologue pour les cas de myélodysplasie)
- Patient connu avec anticorps multiples