EFS BRETAGNE - Site de Brest
Annexe Cavale Blanche
Boulevard Tanguy Prigent
29609 Brest Cedex
Tél : 02.98.34.78.17 – Fax : 02.98.05.46.18

BON A IMPRIMER SUR PAPIER SAUMON

HOPTAL D'INSTRUCTION DES ARMEES
« CLERMONT TONNERRE »
CC 41 29240 BREST CEDEX 9

Tél : 02 98 43 76 84 Fax : 02 98 43 76 27

Réservé EFS

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES HOMOLOGUES

SERVICE:……...

PATIENT: (Coller une étiquette ou renseigner)

NOM:……...
NOM DE JEUNE FILLE:…….
PRENOMS:……..
DATE DE NAISSANCE:……/……/…….
SEXE: ☐ MASCULIN ☐ FEMININ

MEDECIN PRESCRIPTEUR

NOM ET PRENOM:……
N° TEL ou BIP: **SIGNATURE (obligatoire)**

DATE ET HEURE DE LA PRESCRIPTION:
……../……./……..…. À …….H……..
DATE ET HEURE SOUHAITEE POUR LA TRANSFUSION:
……../……./……..…. À …….H……..

☐ **URGENCE VITALE IMMEDIATE OU URGENCE VITALE**:
JE SOUHAITE TRANFUSER SANS DELAI ET FAIRE APPEL AU DEPOT D'URGENCE

NOMBRE CGR O+ ☐ **NOMBRE CGR O-** ☐

☐ **COMMANDE SIMPLE**: JE SOUHAITE DISPOSER DES PSL A LA DATE ET L'HEURE INDIQUEE CI-DESSUS:
RENSEIGNER LES CASES « A »

☐ **RESERVATION:** JE SOUHAITE RESERVER DES PSL POUR EVENTUELLE UTILISATION DANS UN DELAI DE 24 HEURES:
RENSEIGNER LES CASES « B »

☐ **COMMANDE APRES RESERVATION**: JE SOUHAITE DISPOSER DES PSL PRECEDEMMENT MIS EN RESERVE:
RENSEIGNER LES CASES « A »

RAI (moins de 3 jours)

Pour polytransfusé, RAI quotidienne
La validité peut être portée à 21 jours si absence de transfusion, transplantation ou grossesse dans les 6 derniers mois, sous couvert d'une signature du prescripteur
SIGNATURE DU MEDECIN OBLIGATOIRE:

CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES

QUALIFICATIONS/TRANSFORMATIONS

☐ Phénotypé
☐ CMV négatif
☐ Irradié
☐ Déplasmatisé
☐ Compatibilisé
☐ Autres……..

Taux d'hémoglobine:…...……...g

NOMBRE D'UNITES A DISTRIBUER : A:

NOMBRE D'UNITES A METTRE EN RESERVE: B:

RENSEIGNEMENTS PATIENT:
POIDS:……..……..Kg
Num Plaquettaire:……..……
Date numération:……/……../…….

(le produit le plus adapté sera fourni en fonction de ces informations)

Si geste invasif prévu, le signaler ici:

……..

CONCENTRE DE PLAQUETTES

QUALIFICATIONS/TRANSFORMATIONS

☐ CMV négatif
☐ Irradié
☐ Déplasmatisé

☐ Autres……..

NOMBRE D'UNITES A DISTRIBUER: A:

NOMBRE D'UNITES A METTRE EN RESERVE: B:

☐ CIVD
☐ Hémorragie massive
☐ Déficit en facteur de coagulation
☐ Autres……..

PLAMA FRAIS CONGELE

NOMBRE D'UNITES A DISTRIBUER: A:

NOMBRE D'UNITES A METTRE EN RESERVE: B: