



<small>Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides</small> Québec		Demande d'ajout d'analyses	
Date: _____		Heure: _____	
Clinique ou service: _____			
Médecin prescripteur: _____			
Nom + prénom lettre moulé			
Signature de l'infirmier(ère) _____		# employé _____	
HÉMATOLOGIE		COAGULATION	
<input type="checkbox"/> SEDIMENTATION		<input type="checkbox"/> PTPPT - ANTICOAGULANT:	
<input type="checkbox"/> RETICULOCYTES		<input type="checkbox"/> D-DIMERES	
BIOCHIMIE		BIOCHIMIE	
<input type="checkbox"/> Na.K.Cl, Glu, Uree, Creat		<input type="checkbox"/> TSH	
<input type="checkbox"/> TROPONINE I		<input type="checkbox"/> TEST DE GROSSESSE	
<input type="checkbox"/> AMY, LIP		<input type="checkbox"/> CALCIUM	
<input type="checkbox"/> AST, ALT, LDH, CK/MB		<input type="checkbox"/> MAGNÉSIUM	
<input type="checkbox"/> AST, ALT, ALP		<input type="checkbox"/> BILAN MARTIAL (FER, CTFF, FERRITINE)	
<input type="checkbox"/> AUTRE: _____			
G-2247 DDM:2020-02-01			

<small>Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides</small> Québec		Demande d'ajout d'analyses	
Date: _____		Heure: _____	
Clinique ou service: _____			
Médecin prescripteur: _____			
Nom + prénom lettre moulé			
Signature de l'infirmier(ère) _____		# employé _____	
HÉMATOLOGIE		COAGULATION	
<input type="checkbox"/> SEDIMENTATION		<input type="checkbox"/> PTPPT - ANTICOAGULANT:	
<input type="checkbox"/> RETICULOCYTES		<input type="checkbox"/> D-DIMERES	
BIOCHIMIE		BIOCHIMIE	
<input type="checkbox"/> Na.K.Cl, Glu, Uree, Creat		<input type="checkbox"/> TSH	
<input type="checkbox"/> TROPONINE I		<input type="checkbox"/> TEST DE GROSSESSE	
<input type="checkbox"/> AMY, LIP		<input type="checkbox"/> CALCIUM	
<input type="checkbox"/> AST, ALT, LDH, CK/MB		<input type="checkbox"/> MAGNÉSIUM	
<input type="checkbox"/> AST, ALT, ALP		<input type="checkbox"/> BILAN MARTIAL (FER, CTFF, FERRITINE)	
<input type="checkbox"/> AUTRE: _____			
G-2247 DDM:2020-02-01			

 Demande de produits sanguins			
Date:			
Heure:			
Clinique ou Service :			
<u>Médecin prescripteur</u>			
Nom + prénom lettre moulé			
Signature de l'infirmier _____		# employé _____	
BANQUE DE SANG		BANQUE DE SANG	
PRODUITS LABILES	QUANTITÉ	PRODUITS STABLES	QUANTITÉ
<input type="checkbox"/> CULOT GLOBULAIRE		<input type="checkbox"/> ALBUMINE 25% (100mL)	
<input type="checkbox"/> PLAQUETTES (thromba ou pool)		<input type="checkbox"/> ALBUMINE 5% (250mL)	
<input type="checkbox"/> PLASMA		<input type="checkbox"/> FLOSEAL	
<input type="checkbox"/> CRYO (Pool de 5 cryo)		<input type="checkbox"/> TISSEL 4mL ET/OU <input type="checkbox"/> ARTISS 2mL	
<input type="checkbox"/> AUTRE: _____		<input type="checkbox"/> WINRHO 300µg (référence OIS-038)	
		<input type="checkbox"/> IgIV (Indication clinique ET poids obligatoire)	g
		Indication: _____	Poids: _____ kg
POUR LE PRODUIT SUIVANT UTILISEZ L'ORDONNANCE PRÉVUE À CET EFFET:			
PRODUIT	ORDONNANCE		
BERIPLEX	OIS-183		
CONSENTEMENT À LA TRANSFUSION COMPLÉTÉ ET VALIDE : <input type="checkbox"/>			
G-2247		Hôpital régional de Saint-Jérôme	

 Demande de produits sanguins			
Date:			
Heure:			
Clinique ou Service :			
<u>Médecin prescripteur</u>			
Nom + prénom lettre moulé			
Signature de l'infirmier _____		# employé _____	
BANQUE DE SANG		BANQUE DE SANG	
PRODUITS LABILES	QUANTITÉ	PRODUITS STABLES	QUANTITÉ
<input type="checkbox"/> CULOT GLOBULAIRE		<input type="checkbox"/> ALBUMINE 25% (100mL)	
<input type="checkbox"/> PLAQUETTES (thromba ou pool)		<input type="checkbox"/> ALBUMINE 5% (250mL)	
<input type="checkbox"/> PLASMA		<input type="checkbox"/> FLOSEAL	
<input type="checkbox"/> CRYO (Pool de 5 cryo)		<input type="checkbox"/> TISSEL 4mL ET/OU <input type="checkbox"/> ARTISS 2mL	
<input type="checkbox"/> AUTRE: _____		<input type="checkbox"/> WINRHO 300µg (référence OIS-038)	
		<input type="checkbox"/> IgIV (Indication clinique ET poids obligatoire)	g
		Indication: _____	Poids: _____ kg
POUR LE PRODUIT SUIVANT UTILISEZ L'ORDONNANCE PRÉVUE À CET EFFET:			
PRODUIT	ORDONNANCE		
BERIPLEX	OIS-183		
CONSENTEMENT À LA TRANSFUSION COMPLÉTÉ ET VALIDE : <input type="checkbox"/>			
G-2247		G-2247	
G-2247		Hôpital régional de Saint-Jérôme	