

Comment compléter la GX-238 – Banque de sang

Service de biologie médicale de Saint-Jérôme

Important

Antécédents à vérifier

Transfusion prévue ?

Diagnostic ou chirurgie

Obligatoire

Produits demandés

Analyses demandées

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec
396, rue De Montigny
Saint-Jérôme, Qc J7E 3T3

0 X - 0 2 3

Information antérieure d'autochamps

Transfusion antérieure			
Situations transfusionnelles antérieures			
Nombre de grossesses			
Déficience en IgA			

Quantité

<input type="checkbox"/> Hématoglobuline	<input type="checkbox"/> Urgent / Stat
<input type="checkbox"/> Plaquettes	<input type="checkbox"/> Compatibilité
<input type="checkbox"/> Plasma frais congelé	<input type="checkbox"/> Code 50
<input type="checkbox"/> Albumine 20%	<input type="checkbox"/> Pré-op
<input type="checkbox"/> Albumine 5%	<input type="checkbox"/> Sang autologue
<input type="checkbox"/> IgG (Sang obligatoires)	
Autres	Poids: _____

Transfusions prévues le: _____

Diagnostic ou chirurgie: _____

Unité de soins: _____ (Préférence de la prescription)

Signature du médecin (nom et prénom et n° de permis) _____ Date _____

Signature du patient ou témoin _____ Date _____ (Pour passer sans bracelet d'identification)

Culot globulaire sans épreuve de compatibilité

Je dégage le personnel médico-technique de toutes responsabilités des conséquences médicales et légales des transfusions qui seront administrées sans compatibilité croisée.

Signature du médecin _____ Date _____

Obligatoire

Double identification de l'utilisateur

- Nom et prénom
- RAMQ

Responsabilité du prélèvement

- Service de prélèvement
- Professionnelle
- Quand (date et heure)

Provenance de la prescription

(où acheminer les résultats)

Nom, prénom et numéro de pratique du prescripteur