|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INFORMATION TRANSFUSION SORTIE PATIENT** | CELLULE HÉMOVIGILANCE |
| Date de rédaction : 02/05/17 |
| Date de validation : |
| Version : n°2017.1 |
| **INFORMATION TRANSFUSION SORTIE PATIENT**EN TÊTE ESÉTIQUETTE « PATIENT »Nom de naissance :………..Nom Usuel (marital) :……….Prénom :………..Date de naissance :…………..Sexe :………….Lors de votre hospitalisation dans notre établissement du………… au………...., votre état de santé a nécessité la transfusion de produits sanguins labiles.Vous avez reçu :-…………….Concentré (s) de globules rouges-…………… Concentré (s) de plaquettes-…………….Plasma (s) frais congelésNous vous rappelons que du fait de ce traitement, vous ne pourrez plus donner votre sang et nous vous demandons d’effectuer, dans un délai de 3 mois, un contrôle biologique post-transfusionnel à l’aide de l’ordonnance ci jointe.En cas de protocole transfusionnel spécifique il est impératif de présenter ce document lors de vos prochaines hospitalisations : Indication Transformation (CGR, CP) :   IRRADIATION DEPLASMATISATIONUn courrier est adressé à votre médecin traitant, le Dr…………………………...A……………………..., Le……….Document remis par le Dr………….. Signature |