|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 ES  ÉTIQUETTE « 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 congelés  Nous 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  DEPLASMATISATION  Un courrier est adressé à votre médecin traitant, le Dr…………………………...  A……………………..., Le……….  Document remis par le Dr…………..  Signature | | |