|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **INFORMATION MÉDECIN TRAITANT** | CELLULE HÉMOVIGILANCE |
| Date de rédaction : 09/05/17 |
| Date de validation : |
| Version : n°2017.1 |
| **INFORMATION MÉDECIN TRAITANT**  EN TÊTE ES  Dr……………………………………..  …………………………………………    Cher confrère,  Votre patient (e) Madame, Monsieur ……………………………………. a bénéficié lors de son hospitalisation du ……………… au ………………………dans notre établissement d’une transfusion de produits sanguins labiles.  En application de la circulaire DGS du 11/01/2006, nous lui avons remis une information écrite ainsi que l’ordonnance du bilan post-transfusionnel à effectuer dans les 3 mois :  **Recherche d’anticorps irréguliers (RAI).**  Nous vous confions le soin d’assurer son suivi post-transfusionnel et nous lui avons recommandé de vous contacter dans un délai de 3 mois muni des résultats de cette analyse. **En cas de renseignements sur les résultats vous pouvez joindre le biologiste ayant réalisé l’examen et/ou le biologiste du site EFS qui a délivré les produits (…………..). En effet en cas d’anomalies, une déclaration est obligatoire et cela nécessite parfois une adaptation du protocole transfusionnel du patient (e) ?????** .  Nous lui avons également spécifié que compte tenu de cette transfusion, il (elle) était à ce jour contre indiqué au don du sang.  Confraternellement,  A…………….., Le……………    Nom et signature du médecin | | |