



**2.90 - ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
CLINIQUE DE TRAITEMENT D'HÉMATOLOGIE
COURT SÉJOUR ET CENTRE DE MÉDECINE DE JOUR -TRANSFUSION
DEMANDE DE SERVICE**

I. Diagnostic

Diagnostic : _____

II. Type de traitement

Culots non irradiés Culots irradiés (L'attribut « irradié » doit être inscrit sur l'étiquette du produit)

Transfusion ponctuelle

Nombre de culots : _____ Date : _____

Transfusions futures selon Hb À faire dans la semaine du : _____

Analyses à faire : FSC code 50

Groupe sanguin: _____

Confirmer le nombre de culots administrés:

Culot si Hb < _____ g/L

1 Culot : _____ Initiales inf.

Culots si Hb < _____ g/L

2 Culots : _____ Initiales inf.

Culots si Hb < _____ g/L

3 Culots : _____ Initiales inf.

Télécopier à la banque de sang (au 514 593-2490) lorsque quantité connue

III. Médication

Peut prendre sa médication habituelle à moins d'avis contraire

Furosémide (*Lasix*^{MD}) _____ mg IV avant chaque culot

Diphenhydramine (*Bénadry*^{MD}) 25 mg IV avant le(s) culot(s)

Hydrocortisone (*Solucorte*^{MD}) 50 mg IV avant le(s) culot(s)

IV. Consentement

Date du consentement au produit sanguin : _____ (Un consentement est valide pour un an en clinique externe)

V. Directives pour le congé

Congé autorisé à la fin du traitement

Faire voir par l'hématologue

Signature du médecin : _____

Date : _____ Heure : _____