

## Services transfusionnels Transfusion Services

**\* Obligatoire pour acceptation de l'échantillon**

**\* Required for sample acceptance**

**\*Prescripteur / \*Prescriber**

\*Nom & prénom / Last & First name \_\_\_\_\_

\*No. permis / License # \_\_\_\_\_

\*Clinique, bureau / Clinic, Office \_\_\_\_\_

\*Adresse pour le retour des résultats \_\_\_\_\_

\*Address for return of results \_\_\_\_\_

\*Signature : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
*Prescripteur / Prescriber*

\*Order date : 20\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Date : 20\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
*\*Date de demande* of  Surgery  Delivery  
de Chirurgie Accouchement

Reason/raison pour transfusion : \_\_\_\_\_

Diagnosis - diagnostic / Type - Surgery/chirurgie : \_\_\_\_\_

Weight  
Poids \_\_\_\_\_ kg

\*Nom / Last name :

\* Prénom / First name :

\*No. de dossier ou RAMQ / MRN or RAMQ :

Adresse / Address :

Si aucun no. de dossier ou RAMQ / If no MRN or RAMQ :

\* Date de naissance / or Birthdate 20\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\* Sexe / Gender :

**To extend sample expiry, patient's history must be confirmed.**

**Pour prolonger la validité de l'échantillon, l'historique doit être confirmée**

- Transfused or pregnant in the last 3 months ?
- Transfusé ou enceinte dans les 3 derniers mois ?

Oui/Yes  Non /No  Inconnu/Unknown

Tests Analyses	Spécimen 4ml Lavande/Rose (valide 96 hres) T&S = Type & Screen G&D = Groupe & Dépistage DAT = Direct antiglobulin test (Coombs)	Products Produits	Conditions pertinent to / pertinentes à la transfusion : <input type="checkbox"/> Leukemia/leucémie <input type="checkbox"/> Aplastic anemia / anémie aplasique <input type="checkbox"/> Risk of overload / Risque de surcharge <input type="checkbox"/> Stem Cell Transplant / Greffe cellules souches <input type="checkbox"/> Myelodysplasie / Myélodysplasia <input type="checkbox"/> Sickle Cell / Anémie falciforme <input type="checkbox"/> Thalassemia / Thalassémie
<input type="checkbox"/> T&S / G&D <input type="checkbox"/> Groupe only / seulement		<b>Culots / RBCs</b> _____ unités ou _____ mL pour le: <u>yyyy - mm - dd hh:mm</u> date/hre	
<input type="checkbox"/> Baby HDN / Bébé MHNN (DAT / Coombs)		<b>Plaquettes</b> _____ Aph/Pool (~220mL) ou _____ mL pour le: <u>yyyy - mm - dd hh:mm</u> date/hre	
<input type="checkbox"/> Baby Rhlg / Bébé Ig Anti-D (Éligibilité de la mère)		<b>Plasma</b> _____ unité(s) (~250mL) ou _____ mL pour le: <u>yyyy - mm - dd hh:mm</u> date/hre	
<input type="checkbox"/> Baby T&S / Bébé G&D (Pré-transfusion)		<b>Cryoprécipité</b> _____ unités (~500mg fibrinogène / unité) pour le: <u>yyyy - mm - dd hh:mm</u> date/hre	
<input type="checkbox"/> DAT / Coombs (Direct antiglobulin test)		<b>Albumine 25 %</b> _____ fioles de _____ mL pour le: <u>yyyy - mm - dd hh:mm</u> date/hre	
<input type="checkbox"/> Investigation - Réaction ⇨ <u>complete reverse compléter l'endos</u>		<b>Albumine 5 %</b> _____ fioles de _____ mL pour le: <u>yyyy - mm - dd hh:mm</u> date/hre	
<input type="checkbox"/> Titre prénatal		<b>IVIg:</b> _____ g <b>Ig Anti-D</b> _____ ug pour le: <u>yyyy - mm - dd hh:mm</u> date/hre	
<input type="checkbox"/> _____ <i>Autre analyse:</i>		_____ pour le: <u>yyyy - mm - dd hh:mm</u> date/hre	<i>Autre produit: # fioles / unités / total</i>

↓ **Prélèvement sanguin si requis** ↓ **Blood procurement if needed** ↓

**\*ATTESTATION de TÉMOIN**

**\*WITNESS ATTESTATION**

Je suis témoin du fait que cet échantillon a été identifié en présence du patient. J'ai vérifié que le nom, prénom et numéro d'identification sur le tube, sur le formulaire et sur le bracelet ou la carte d'hôpital / RAMQ sont identiques.

I have witnessed that this specimen was identified in the presence of the patient. I have verified that the full name and identification number on the tube, this form and the hospital bracelet or hospital/medicare card match exactly.

\***Témoin / Witness** :  Patient  Autre/Other : \_\_\_\_\_  Professionnel de la santé / Health professional

\*Nom / Name : X \*Signature : X

\***Phlébotomiste** : \*Nom complet : \_\_\_\_\_ \*Full Name : \_\_\_\_\_ \*Date 20\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
yy mm dd  
 Inf.  Tech.  MD \*Signature : X \*Heure/Time : \_\_\_\_\_  
hh:mm

Envoyer au service transfusionnel ce formulaire avec le(s) tube(s). Chaque sac Ziploc doit contenir le(s) tube(s) d'un *seul patient*.  
Send this form with the tube(s) to Transfusion Service. Each Ziploc bag must contain the tube(s) of only one patient.

**Requête pour l'investigation d'une réaction transfusionnelle**  
**Request for Transfusion Reaction Investigation**

Veuillez retourner au service transfusionnel les produits sanguins administrés dans les 24 heures précédant la réaction transfusionnelle  
 Please return to Transfusion Service all products transfused within the 24 hours preceding the transfusion reaction

**Information générale sur le patient / General patient information:**

Diagnostic/Diagnosis: \_\_\_\_\_ Chirurgie/Surgery: \_\_\_\_\_

Épisode fébrile depuis 24 hrs ? / Fever in the last 24 hrs?  Non/No  Oui/Yes

Prise d'antibiotiques depuis 24 hrs / Antibiotics taken in the last 24 hrs?  Non/No  Oui/Yes

**Dernier produit sanguin transfusé / Last blood product transfused:**

Numéro du don: \_\_\_\_\_ Début : \_\_\_\_\_

Quantité administrée : \_\_\_\_\_ mL  ¼  ½  ¾  Total Fin : \_\_\_\_\_

Équipement utilisé / Equipment Used  Filtre/Filter  Réchauffe-sang/Blood warmer  
 Pompe/Pump  Pompe d'infusion rapide/Rapid-Infusion device

Pré-médicament(s) / Pre-medication(s): \_\_\_\_\_

**Signes Vitaux / Vital Signs**

	Heure/Time	TA/ BP	T°	Pouls/Pulse	RR	Saturation
Pré-transfusion						
Après/After 15 minutes						
Fin/End of transfusion						
Post-transfusion, if applicable						

**Signes et Symptômes observés / Signs & Symptoms observed:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre / Fever        | <input type="checkbox"/> Nausée, vomissement / N/V   | <input type="checkbox"/> Douleur thoracique / Chest Pain |
| <input type="checkbox"/> Frisson / Chills      | <input type="checkbox"/> Céphalée / Headache         | <input type="checkbox"/> Sibilance / Wheezing            |
| <input type="checkbox"/> Érythème / Rash       | <input type="checkbox"/> Hypertension                | <input type="checkbox"/> Douleur dorsale / Back Pain     |
| <input type="checkbox"/> Prurit / Itchiness    | <input type="checkbox"/> Tachycardie / Tachycardia   | <input type="checkbox"/> Hématurie / Hematuria           |
| <input type="checkbox"/> Urticaire / Urticaria | <input type="checkbox"/> ↓ O <sub>2</sub> saturation | <input type="checkbox"/> Jaunisse / Jaundice             |
| <input type="checkbox"/> Oedème / Edema        | <input type="checkbox"/> Hypotension                 | <input type="checkbox"/> Autre/ Other : _____            |
| <input type="checkbox"/> Douleur / Pain        | <input type="checkbox"/> Dyspnée / Dyspnea           |  |
| <input type="checkbox"/> Anxiété / Anxiety     | <input type="checkbox"/> Syncope                     |  |

**Mesures prises / Actions taken:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antipyrétique/Antipyretic      | <input type="checkbox"/> Stéroïdes/Steroids       | <input type="checkbox"/> Hémoculture/Blood culture             |
| <input type="checkbox"/> Antihistaminique/Antihistamine | <input type="checkbox"/> Bolus fluide / fluid     | <input type="checkbox"/> Md avisé/Md notified                  |
| <input type="checkbox"/> Analgésique/Analgesic          | <input type="checkbox"/> Oxygène / Oxygen         | <input type="checkbox"/> Soins Intensifs requis / ICU required |
| <input type="checkbox"/> Diurétique/Diuretic            | <input type="checkbox"/> Vasopresseur/Vasopressor | <input type="checkbox"/> Autre / Other : _____                 |

Durée des symptômes / Symptom duration : \_\_\_\_\_

Médecin notifié / Physician notified : \_\_\_\_\_ Date : 20\_\_ - \_\_ - \_\_

Inf./RN – Nom/Name : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_