

* Pour envoyer un courriel vers une messagerie sécurisée de santé, utilisez impérativement une messagerie sécurisée de santé du type MSS ou Apicrypt V2, sinon votre message ne sera pas reçu par votre destinataire.

PRESCRIPTION DE TRANSFUSION EN HAD

**Avant de remplir votre demande de prescription,
merci de prendre connaissance des critères d'exclusion suivants :**

- Refus patient
- Saignement actif
- Transfusion en urgence, nocturne et/ou w-e
- ATCD allo-immunisation anti-érythrocytaires non solutionnée
- ATCD d'EIR (effet indésirable receveur) de grade 2 ou 3
- Absence d'accompagnant pendant et sur les 2 heures après la fin de la transfusion
- Pas de moyen fonctionnel de communication au domicile du patient
- Anémie inexpliquée par un diagnostic
- Etat cardio-vasculaire instable

PATIENT & FAMILLE

Nom usuel du patient : Nom de naissance :

Prénom : Sexe :

Numéro de sécurité sociale : Date de naissance :

Adresse :

Ville : Tél patient et/ou famille :

☐ Patient ☐ Famille/aidant informé(s) et d'accord pour l'évaluation HAD et du potentiel retour à domicile

PRESCRIPTEUR

Médecin traitant ou hospitalier référent : Téléphone :

Le cas échéant, merci de préciser :
Etablissement hospitalier : Service :

PATHOLOGIE PRINCIPALE, motif(s) de prise en charge

.....
.....

Pathologie(s) associée(s) et/ou antécédent(s) majeur(s) :

.....
.....

PROJET DE SOIN

Hémoglobine : Voie d'abord pour la transfusion :

Poids du patient : Allergie(s) connue(s) :

Taux d'hémoglobine : g/dl | Taux de plaquettes : g/dl | Date de prélèvement :/...../.....

A fournir avec la prescription de transfusion :

- Double phénotypage érythrocytaire ABO RHKELI / Carte de groupe
- Résultat du bilan sanguin (NFS)
- Epreuves de compatibilité au laboratoire en cas de RAI (+) Phénotypage érythrocytaire étendu.
- Compte rendu médical

Date :

Signature :