

DEMANDE TRANSFUSION à DOMICILE - HAD PAU

A faxer au 05 59 72 72 83

Tél 05 59 92 48 31

Nom / Prénom patient : DDN :

Adresse :

..... Téléphone :

Date de la demande :	Date souhaitée pour transfusion :	Médecin prescripteur : Etablissement : Tél / DECT :
--------------------------------------	---	---

PREALABLES POUR TOUTE DEMANDE D'ADMISSION EN HAD :

Accord du patient et son entourage ☐

Accord du médecin traitant ☐

MOTIF de la demande

.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS MEDICAUX

.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES → Joindre résultats biologiques

Bilan anémie < 1 semaine ☐

Hémoglobine :g/dL

TRANSFUSION CGR uniquement (pas de plasma ni plaquettes)

Nombre de Concentrés de Globules Rouges souhaité : (1 CGR / jour)

CRITERES D'ELIGIBILITE IMPERATIFS

Patient(e) ayant déjà été transfusé(e) en milieu hospitalier	OUI ☐	NON ☐
Absence d'antécédents d'Effet Indésirable Receveur (EIR) de grade supérieur ou égal à 2	OUI ☐	NON ☐
Patient(e) en capacité de s'exprimer et de préciser ses symptômes (Exceptés résidents EHPAD)	OUI ☐	NON ☐
Présence d'un aidant au domicile en état d'alerter (Exceptés résidents EHPAD)	OUI ☐	NON ☐

Nom, Prénom et signature du médecin prescripteur :

Tampon médical

.....