


 Demande d'ajout d'analyses		Dossier JCAH
Date:	Heure:	
Clinique ou service:		
Médecin prescripteur:		
Nom + prénom lettre moulé		
Signature de l'infirmier(ère) _____		# employé _____
HEMATOLOGIE		COAGULATION
<input type="checkbox"/> SEDIMENTATION (SEDI)	<input type="checkbox"/> PTRIN <input type="checkbox"/> PTT - ANTICOAGULANT:	
<input type="checkbox"/> RETICULOCYTES (RETIC)	<input type="checkbox"/> D-DIMERES (DD)	
BIOCHIMIE		BIOCHIMIE
<input type="checkbox"/> Na.K.Cl (ELEC), GLU, UREE, CREA	<input type="checkbox"/> TSH	
<input type="checkbox"/> TROPONINE I (ITROP)	<input type="checkbox"/> TEST DE GROSSESSE (HCGB)	
<input type="checkbox"/> Lipase (LIP)	<input type="checkbox"/> CALCIUM (CA)	
<input type="checkbox"/> AST, ALT, LDH (LD), CK	<input type="checkbox"/> MAGNÉSIUM (MG)	
<input type="checkbox"/> AST, ALT, ALP	<input type="checkbox"/> BILAN MARTIAL (FER, CTFF, FERRITINE) (BILFE)	
<input type="checkbox"/> AUTRE:	Si médicament, indiquer dernière dose D: / / H: :	
G-2247 DDM:2025-01-22		

 Demande d'ajout d'analyses		Dossier JCAH
Date:	Heure:	
Clinique ou service:		
Médecin prescripteur:		
Nom + prénom lettre moulé		
Signature de l'infirmier(ère) _____		# employé _____
HEMATOLOGIE		COAGULATION
<input type="checkbox"/> SEDIMENTATION (SEDI)	<input type="checkbox"/> PTRIN <input type="checkbox"/> PTT - ANTICOAGULANT:	
<input type="checkbox"/> RETICULOCYTES (RETIC)	<input type="checkbox"/> D-DIMERES (DD)	
BIOCHIMIE		BIOCHIMIE
<input type="checkbox"/> Na.K.Cl (ELEC), GLU, UREE, CREA	<input type="checkbox"/> TSH	
<input type="checkbox"/> TROPONINE I (ITROP)	<input type="checkbox"/> TEST DE GROSSESSE (HCGB)	
<input type="checkbox"/> Lipase (LIP)	<input type="checkbox"/> CALCIUM (CA)	
<input type="checkbox"/> AST, ALT, LDH (LD), CK	<input type="checkbox"/> MAGNÉSIUM (MG)	
<input type="checkbox"/> AST, ALT, ALP	<input type="checkbox"/> BILAN MARTIAL (FER, CTFF, FERRITINE) (BILFE)	
<input type="checkbox"/> AUTRE:	Si médicament, indiquer dernière dose D: / / H: :	
G-2247 DDM:2025-01-22		

 Centre québécois de sang et des services associés Québec		Demande de produits sanguins	
Date:			
Heure:			
Clinique ou Service :			
<u>Médecin prescripteur</u>			
Nom + prénom lettre moulé			
Signature de l'infirmier _____		# employé _____	
BANQUE DE SANG		BANQUE DE SANG	
PRODUITS LABILES	QUANTITÉ	PRODUITS STABLES	QUANTITÉ
<input type="checkbox"/> CULOT GLOBULAIRE		<input type="checkbox"/> ALBUMINE 25% (100mL)	
<input type="checkbox"/> PLAQUETTES (thromba ou pool)		<input type="checkbox"/> ALBUMINE 5% (250mL)	
<input type="checkbox"/> PLASMA		<input type="checkbox"/> FLOSEAL	
<input type="checkbox"/> CRYO (Pool de 5 cryo)		<input type="checkbox"/> TISSEL 4mL ET/OU <input type="checkbox"/> ARTISS 2mL	
<input type="checkbox"/> AUTRE: _____		<input type="checkbox"/> WINRHO 300µg (référence OIS-038)	
		<input type="checkbox"/> IgIV (Indication clinique ET poids obligatoire)	g
		Indication: _____	Poids: _____ kg
POUR LE PRODUIT SUIVANT UTILISEZ L'ORDONNANCE PRÉVUE À CET EFFET:			
PRODUIT	ORDONNANCE		
BERIPLEX	OIS-183		
CONSENTEMENT À LA TRANSFUSION COMPLÉTÉ ET VALIDE : <input type="checkbox"/>			
G-2247		Hôpital régional de Saint-Jérôme	

 Centre québécois de sang et des services associés Québec		Demande de produits sanguins	
Date:			
Heure:			
Clinique ou Service :			
<u>Médecin prescripteur</u>			
Nom + prénom lettre moulé			
Signature de l'infirmier _____		# employé _____	
BANQUE DE SANG		BANQUE DE SANG	
PRODUITS LABILES	QUANTITÉ	PRODUITS STABLES	QUANTITÉ
<input type="checkbox"/> CULOT GLOBULAIRE		<input type="checkbox"/> ALBUMINE 25% (100mL)	
<input type="checkbox"/> PLAQUETTES (thromba ou pool)		<input type="checkbox"/> ALBUMINE 5% (250mL)	
<input type="checkbox"/> PLASMA		<input type="checkbox"/> FLOSEAL	
<input type="checkbox"/> CRYO (Pool de 5 cryo)		<input type="checkbox"/> TISSEL 4mL ET/OU <input type="checkbox"/> ARTISS 2mL	
<input type="checkbox"/> AUTRE: _____		<input type="checkbox"/> WINRHO 300µg (référence OIS-038)	
		<input type="checkbox"/> IgIV (Indication clinique ET poids obligatoire)	g
		Indication: _____	Poids: _____ kg
POUR LE PRODUIT SUIVANT UTILISEZ L'ORDONNANCE PRÉVUE À CET EFFET:			
PRODUIT	ORDONNANCE		
BERIPLEX	OIS-183		
CONSENTEMENT À LA TRANSFUSION COMPLÉTÉ ET VALIDE : <input type="checkbox"/>			
G-2247		G-2247	
G-2247		Hôpital régional de Saint-Jérôme	