



Demande de saignées thérapeutiques / de dons du sang réguliers chez un patient/-e avec une hémochromatose

Coordonnées du patient		
Nom : _____	Prénom : _____	
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Rue : _____	
N° de téléphone : _____	Ville : _____	
Coordonnées du médecin traitant		
Nom : _____	Prénom : _____	
Rue : _____	Ville : _____	
N° de téléphone : _____	Email : _____	
Hémochromatose Modifications génétiques moléculaires (joindre rapport svp)		
Date du diagnostic : ____ / ____ / ____		
<input type="checkbox"/> C282Y homozygote	<input type="checkbox"/> C282Y / H63D	<input type="checkbox"/> pas fait
<input type="checkbox"/> C282Y / S65C	double hétérozygote	<input type="checkbox"/> aucune
double hétérozygote	<input type="checkbox"/> H63D homozygote	<input type="checkbox"/> autre : _____
Lésions organiques		
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Oui, lesquelles : _____		
Résultats effectués (joindre rapport svp)		
<u>Derniers résultats effectués</u> : Date ____ / ____ / ____ <u>Autre résultats /Date</u> :		
Ferritine : _____	Taux de ferritine sérique max. : ____ ____ / ____ / ____	
Saturation de la transferrine : _____	Taux max. de la saturation	
CRP : _____	transferrine : ____ / ____ / ____	
TSH : _____	Bilan lipidique : ____ / ____ / ____	
ALAT/ASAT/Gamma-GT : _____	Glucose : ____ / ____ / ____	
	IRM du foie : <input type="checkbox"/> Oui avec rapport <input type="checkbox"/> Non	
	Autres résultats : <input type="checkbox"/> Oui avec rapport <input type="checkbox"/> Non	
Saignées effectuées		
<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, fréquence actuelle des saignées par an : _____		
Comorbidités		
_____ _____		
Médicaments		
_____ _____		
En cas d'inaptitude au don de sang, demande à TIR (transfusion interrégionale) d'effectuer une saignée		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Médecin traitant		
Date : _____	Signature : _____	
A remplir par Médecin de TIR		
Le patient / la patiente est apte au don régulier : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Date : _____	Signature : _____	



INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK
TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS

Nous vous prions de renvoyer le formulaire rempli à :

- Pour les patients du canton de Berne :
Interregionale Blutspende SRK AG, ärztlicher Dienst, Murtenstrasse 133, 3008 Bern
ou aerzte@itransfusion.ch
- Pour les patients du canton de Vaud :
Transfusion Interregionale CRS SA, Service médical, Route de la Corniche 2, 1066 Epalinges
ou medecin.vd@itransfusion.ch
- Pour les patients du canton du Valais :
Transfusion interrégionale CRS SA, Av. Grand-Champsec 86, 1950 Sion
ou info@jedonnemonsang.ch

Avec nos meilleures salutations

Transfusion interrégionale CRS SA