



TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS
INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK

Transfusion Interrégionale CRS SA
Unité de Médecine Transfusionnelle
CHUV – BH18 | 1011 Lausanne
itransfusion.ch | info.fr@itransfusion.ch
T +41 21 314 65 67 | F +41 21 314 65 97

Formulaire de commande non nominative de PSL

Nom et adresse du demandeur :	Mode de livraison :	Date / Visa :
	<input type="checkbox"/> A envoyer par taxi <input type="checkbox"/> Vient chercher	Mail à l'UMT : umt.urgences@chuv.ch ou par fax au : 021 314 65 97

Concentrés érythrocytaires	Nombre	Concentrés érythrocytaires	Nombre	Remarque
A Rh pos		A Rh nég		<input type="checkbox"/> A irradier <input type="checkbox"/> Phénotype particulier <hr/> <input type="checkbox"/> Autres <hr/> <hr/>
O Rh pos		O Rh nég		
B Rh pos		B Rh nég		
AB Rh pos		AB Rh nég		
PFC		PFC		
A		O		
B		AB		

Concentrés plaquettaires	Renseignements obligatoires
Identité, groupe sanguin et numération plaquettaire du patient :	
Nombre d'unités plaquettaires souhaité :	
Nom du médecin :	

Matériel
<input type="checkbox"/> Formulaire de demandes de l'UMT

