



## Demande de Don dirigé Vaud - Valais

### Demandeur

Nom du médecin :

Tél/bip :

e-mail :

Établissement : CHUV autre :

Date de la commande :

### Patient

Nom + Prénom + date de naissance :

Indication à la transfusion :

Date de la transfusion :

### Produit

Concentré érythrocytaire (CE)

Concentré plaquettaire (CP)

Spécification: phénotype rare HLA/HPA compatible

### Transfusion ponctuelle

Nombre CE :

Nombre CP :

### Transfusion chronique

Nombre CE :

Nombre CP :

Fréquence (/ semaine, / mois...) :

### Commentaires/Remarques :

Cette demande est valable pour 3 mois et devra être renouvelée dès le :

Date :

Visa :

Veuillez envoyer le formulaire rempli à : [Medecin.VD@itransfusion.ch](mailto:Medecin.VD@itransfusion.ch), accompagné des données immunohématologiques ou de la typisation HLA/HPA pour les patients hors CHUV

Les suppléments liés à la commande de dons dirigés sont indiqués dans la liste des prix et facturés indépendamment du fait qu'une transfusion ait lieu ou non ( [https://www.itransfusion.ch/fileadmin/user\\_upload/Liste\\_des\\_prix\\_2022.pdf](https://www.itransfusion.ch/fileadmin/user_upload/Liste_des_prix_2022.pdf) )