



## Demande de transfusion sanguine déléguée

Merci d'adresser ce formulaire, ainsi que les annexes par email à: [secretariat.medecinVD@itransfusion.ch](mailto:secretariat.medecinVD@itransfusion.ch)

<b>Coordonnées du patient</b>	
Nom et prénom : _____	Rue : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Ville : _____
N° de téléphone : _____	Email : _____
<b>Coordonnées du médecin traitant</b>	
Nom et prénom : _____	Rue: _____
N° de téléphone : _____	Ville : _____
Email : _____	
<b>Diagnostic principal</b> motivant la transfusion : _____	
Comorbidités relevantes : _____	
Valeur d'Hb récente : _____	Valeur ferritine récente: _____
<b>Transfusion de:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 culots érythrocytaires	
Transfusion : <input type="checkbox"/> unique <input type="checkbox"/> à répéter toutes les ____ semaines	
Allergies connues : _____	
Patient déjà transfusé:	<input type="checkbox"/> oui, date _____ <input type="checkbox"/> non
Antécédent de réaction transfusionnelle	<input type="checkbox"/> oui, type _____ <input type="checkbox"/> non
<b>Check-list des documents à annexer:</b>	
o Copie de la carte d'identité du patient	
o Copie de la carte d'assurance-maladie (recto-verso)	
o Copie de la carte de groupe sanguin si disponible	
o Copie des résultats récents de laboratoire (FSS, ferritine et chimie générale)	
<b>Cet acte médical requiert le consentement éclairé du patient. Le consentement signé reste valable 12 mois.</b>	
Capacité de discernement préservée: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<i>Les dossiers incomplets ne permettant pas de se prononcer sur la sécurité de réalisation de soin ne pourront malheureusement pas être pris en considération. Certains gestes peuvent être contre-indiqués selon l'état clinique du patient et/ou non réalisable selon les tests pré-transfusionnels. Dans ce cas le médecin TIR en informe le médecin envoyeur (médecin traitant).</i>	
<u>Contact en cas de question :</u>	
Transfusion Interrégionale CRS, secteur médecine	
Téléphone : 021/333.16.86 ou via email : <a href="mailto:medecin.VD@itransfusion.ch">medecin.VD@itransfusion.ch</a>	

<b>Médecin traitant</b>	
Date : _____	Signature : _____
<b>A remplir par le médecin de TIR</b>	
Indication à la prestation demandée : <input type="checkbox"/> Retenue <input type="checkbox"/> Non retenue et médecin demandeur informé	
Date : _____	Signature : _____