

**MODÈLE D’ENSEMBLE D’ORDONNANCES DE PRODUITS SANGUINS :   
Culots globulaires, plaquettes, plasma congelé – Adultes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Allergies/SensiBILITÉS :** | | | |
| **Diagnostic à l’admission :**  Consentement éclairé obtenu selon les lignes directrices de l’établissement. | | | |
| **DATE DE TRANSFUSION :**  **Aujourd’hui** | Autre (JJ/MM/AAAA) | | STAT (Appeler banque de sang au : XXX-XXX-XXXX) |
| **Analyses de laboratoire prétransfusion :**  groupage et dépistage | | **Transfusion dans les 3 derniers mois :**  Oui Non | |
| **Grossesse dans les 3 derniers mois :**  Oui Non | | | |
| En l’absence d’IV, commencer une perfusion IV de NaCl 0,9 % pour garder la veine ouverte.  Arrêter l’intraveineuse périphérique une fois la transfusion terminée. | | | |
| **Médicaments prétransfusion :**  Furosémide mg PO avant la transfusion ou mg IV avant la transfusion | | | |
| Produit irradié requis selon les directives de l’hôpital; préciser la raison : | | | |
| Produit compatible spécial requis selon les directives de l’hôpital; préciser la raison : | | | |
| **Globules rouges (culot globulaire)**  Hb prétransfusion : g/L  Indication :  Faible taux d’Hb  Saignement important  Symptomatique  Autre  Transfuser 1 unité, en heures (p. ex., 1 unité en 1-2 heures, maximum 3,5 heures)  Transfuser unités, chacune en \_\_\_\_\_ heures  Remarque : Envisager du fer par voie IV au lieu des globules rouges pour les patients atteints d’anémie ferriprive stable. | | | |
| **PlaQUETTES** (1 concentré plaquettaire ou 1 unité d’aphérèse = 1 dose adulte)  Numération plaquettaire prétransfusion : x 109/L  Indication :  Saignement important  Intervention/chirurgie effractive  Prophylaxie (numération plaquettaire < 10 x 109/L)  Autre (préciser) :  Transfuser unité(s), chacune en heures (p. ex., 1 dose en 1-2 heures, maximum 3,5 heures) | | | |
| **Plasma** **CONGELÉ** (dose 15 mL/kg = 3-4 unités pour un adulte; chaque unité = 250 mL)  Poids (kg) :  RIN prétransfusion :  Indication :  Saignement important  Intervention/chirurgie effractive dans les 6 prochaines heures  Raison de la coagulopathie :  Maladie hépatique  Autre (préciser) :  Transfuser \_\_\_\_\_ unités, chacune en \_\_\_ heures (p. ex., chaque unité en 30 – 120 minutes, maximum 3,5 heures) | | | |
| **Examens de laboratoire post-transfusion, si NÉCESSAIRES :**  (préciser)  Nom du prescripteur (lettres moulées) : Date : Heure :  Signature du prescripteur : No de téléavertisseur : | | | |