

**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 \_\_\_\_\_ heuresRemarque : 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/LIndication : [ ]  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 heuresRaison 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 :  |