



Société  
canadienne  
du sang

SANG  
PLASMA  
CELLULES SOUCHES  
ORGANES  
ET TISSUS

1800, prom. Alta Vista  
Ottawa (Ontario) K1G 4J5  
CANADA1

---

## POUR INFORMATION

Déglycérolisation des culots globulaires recueillis dans  
d'autres solutions que le CPD et la SAGM

Lettre aux clients 2019-37

---

Le 11 décembre 2019

Bonjour,

La présente fait suite à la lettre aux clients [2017-20](#), *Nouveau type de culot globulaire déglycérolé (décongelé)*, et a pour but de vous informer que nous allons adopter un nouveau processus de fabrication pour la déglycérolisation des culots globulaires recueillis dans une **autre solution** que la SAGM. Ce changement n'affectera pas la durée de conservation ni le code produit des unités.

À partir du 10 février 2020, nous utiliserons le formulaire *Délivrance de concentrés érythrocytaires rares* (voir ci-dessous) pour déterminer si la solution ajoutée aux culots globulaires avant la déglycérolisation était de la SAGM ou une autre solution. Ce formulaire sera rempli par nos soins, puis envoyé au médecin requérant avant d'émettre l'autorisation.

Veuillez transmettre ces informations aux professionnels de la santé de votre établissement à qui elles pourraient être utiles.

Cette lettre peut être consultée sur notre site Web, au [www.sang.ca](http://www.sang.ca), dans la section **Hôpitaux**. Si vous avez des questions concernant cette lettre ou si vous souhaitez l'obtenir dans un autre format, n'hésitez pas à communiquer avec votre agent de liaison.

Le directeur de la gestion des procédés de la chaîne d'approvisionnement,

David Howe

## DÉLIVRANCE DE CONCENTRÉS ÉRYTHROCYTAIRES RARES



Établissement de la Société canadienne du sang : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(aaaa/mm/jj)

Établissement de soins demandeur : \_\_\_\_\_ Médecin demandeur : \_\_\_\_\_

Partie A		
Numéro de don	Date de collecte (aaaa/mm/jj)	Description du composant sanguin

Les tests de détection de marqueurs de maladies transmissibles généralement effectués sur le sang du donneur concerné n'ont pas tous été réalisés sur ce don ou le questionnaire médical rempli à cette occasion ne faisait pas référence aux deux maladies transmissibles mentionnées ci-dessous.

Partie B			
<b>Tests non effectués</b>			
<input type="checkbox"/> ARN du VHC	<input type="checkbox"/> ADN du VHB	<input type="checkbox"/> Anti-HBc	<input type="checkbox"/> AgHBs
<input type="checkbox"/> ARN du VIH 1	<input type="checkbox"/> Anti-VHC (génération 2.0 ou supérieure)	<input type="checkbox"/> Anti-HTLV-I/II	<input type="checkbox"/> Anti-VIH 1-2
<input type="checkbox"/> ARN du VNO	<input type="checkbox"/> AUTRE : _____		
<b>Évaluation de l'état de santé du donneur</b>			
<input type="checkbox"/>	Le donneur n'a pas fait l'objet d'une évaluation pour le risque de maladie de Chagas comme le veut le processus de sélection actuellement en vigueur.		
<input type="checkbox"/>	Le donneur n'a pas fait l'objet d'une évaluation pour le risque de vMCJ comme le veut le processus de sélection actuellement en vigueur.		
Partie C			
Renseignements supplémentaires : _____			
Partie D			
Parties A, B et C remplies par : _____		Date : _____ (aaaa/mm/jj)	
<b>Autorisation du médecin demandeur ou de son suppléant</b>			
<input type="checkbox"/> Autorisation verbale par intérim	Signataire autorisé : _____	Initiales : _____	Date : _____ (aaaa/mm/jj)
Signature : _____		Date : _____ (aaaa/mm/jj)	
<b>Autorisation du directeur médical de la Société canadienne du sang ou de son suppléant</b>			
<input type="checkbox"/> Autorisation verbale par intérim	Signataire autorisé : _____	Initiales : _____	Date : _____ (aaaa/mm/jj)
Signature : _____		Date : _____ (aaaa/mm/jj)	

1000106171

2011-06-20