

FORMULAIRE DE COMMANDE DE COMPOSANTS SANGUINS



Toutes les commandes doivent être faxées

Établissement : _____ Fax : () _____ Téléphone : () _____

Ordinaire (prochaine livraison) **DQP** (avant la prochaine livraison) ***URGENTE** (par fax et tél.)

Commentaires : _____ Mode de livraison : _____

Client : _____ Tél./Fax : _____ Date : _____ Heure : _____

Ville : _____ Commande passée par : _____

CGR N° PROGESA :	O pos		O nég		A pos		A nég		B pos		B nég		AB pos		AB nég		Autres informations
	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	
CGR (aucun modificateur)																	*En cas de pénurie uniquement
Irradié																	
K nég																	
K nég irradié																	
*Réserves (hôpital)																	

PLAQUETTES N° PROGESA :	O pos		O nég		A pos		A nég		B pos		B nég		AB pos		AB nég		N'importe quel groupe		Date de la transfusion	Pour stockage
	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte		
Plaquettes (aucun modificateur)																				<input type="checkbox"/>

COMPOSANTS CONGELÉS N° PROGESA/SAP:	O		A		B		AB	
	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte	Commande	Quantité offerte
*Octaplasma™ S/D Plasma								
Plasma congelé PFC ACD								
Plasma surnageant de cryoprécipité								
Cryoprécipité								

CRYO du groupe pour patient Quantité : _____

Autres exigences/commentaires (p. ex. aussi frais que possible) :

*For CBS use only: Order S/D Plasma via SAP MM#s, O=1000106276, A=1000106273, B=1000106274, AB=1000106275