## MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SYLVANUS OLYMPIO DE LOME

BP: 57 Tel.: 22 21 25 01

Demande de produits sanguins Fiche de distribution nominative No: 00001... Service demandeur : Service de dermatologie Date: 19/03/2024 Nom et prénom du malade KOUGBADA Omar Farouk Date de naissance 23 / 02 / 1999 Age 24 ans Sexe Masculin Taux d'hémoglobine: 6.2 g/dL ATCD de transfusion : Non ☐ Oui ☐ Date de la dernière transfusion 10/11/2022 Réactions transfusionnelles antérieures : Non ☑ Oui ☐ Si oui Type : ..... Nombre de grossesses antérieures : ..... Résultat RAI : Négatif Date de réalisation : Nombre de Groupe Rhésus (en Produits demandés sangūin proches toute lettre) Concentré de Globules Rouges Unité Adulte 2 poches (CGRUA): 250 cc Concentré de Globules Rouges Unité Enfant (CGRUE): 125 cc Concentré Standard de Plaquettes (CSP) [NB: sur commande] Plasma frais Congelé [PFC]: 200 cc date et heure d'utilisation ..... Le centre de transfusion peut procéder le cas échéant et sans m'avertir, à la substitution du groupe ABO Rhésus demandé par un autre groupe compatible : j'accepte 🗹 je refuse 🖂 Nom du prescripteur Téléphone Signature Cachet 908712012 Dr Mawuli A remplir par la structure de distribution : (CNTS, CRTS, PCD, BDS) Nº des unités Nom de l'agent de distribution, cachet Nom et signature Date et distribuées de la structure heurs du porteur NB:

- Joindre à la demande le bulletin ou la carte de groupe sanguin D
- S'assurer que les numéros des unités à transfuser correspondent à ceux inscrits sur la présente demande
- > Transfuser les produits dans les 6 heures suivant la distribution
- > Effectuer le contrôle pré transfusionnel ultime au lit du malade
- Renvoyer la carte d'Hémovigilance renseignée au centre de transfusion