

## ORDONNANCE NOMINATIVE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

### à faxer au 27.55.40.71

- PENDANT **LES HEURES OUVREES**, EN CAS D'URGENCE CONFIRMER PAR TELEPHONE: 27.55.40.74
- PENDANT **LES HEURES DE GARDE**, CONFIRMER TOUTE ORDONNANCE PAR TELEPHONE: 27.55.40.74, À DÉFAUT 27.55.40.55  
EN CAS DE NON-REPONSE DES LIGNES FIXES, CONTACTER LE 621 559 335

*Téléchargement possible sur le site [croix-rouge.lu](http://croix-rouge.lu)*

Etablissement demandeur: .....	
Service demandeur: .....	
Médecin prescripteur: .....	
Date ...../...../.....	Heure: .....
Nom Prénom: .....	
Matricule: .....	
Groupe sanguin:..... RAI : ..... en date du: ...../...../.....	
Diagnostic: .....	Distribution
<input type="checkbox"/> Urgence vitale immédiate	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgence vitale 30 mn	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urgence relative, délivrance souhaitée à .....heures	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Délivrance non urgente souhaitée le : ...../...../..... à ..... heures	<input type="checkbox"/>
<b>DEMANDE DE CONCENTRES DE GLOBULES ROUGES</b>	
<input type="checkbox"/> PS05 nombre:.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unité pédiatrique nombre:.....	<input type="checkbox"/>
QUALIFICATIONS: <input type="checkbox"/> PHENOTYPE <input type="checkbox"/> COMPATIBILISE <input type="checkbox"/> AUTRES.....	<input type="checkbox"/>
TRANSFORMATIONS: <input type="checkbox"/> IRRADIES <input type="checkbox"/> AUTRES .....	<input type="checkbox"/>
<b>CONCENTRES DE PLAQUETTES</b>	
<input type="checkbox"/> PS18 R (Pool de plaquettes MIRASOL) nombre: .....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PS09R/PS89R (Concentrés de plaquettes d'aphérese) nombre: .....	<input type="checkbox"/>
TRANSFORMATIONS: <input type="checkbox"/> IRRADIES .....	<input type="checkbox"/>
Poids du patient: .....	<input type="checkbox"/>
Numération plaquettaire du patient :..... En date du:...../...../.....	<input type="checkbox"/>
<b>PLASMA FRAIS CONGELE</b>	
<input type="checkbox"/> PS14 nombre: .....	<input type="checkbox"/>

#### RAPPELS:

- Le groupe sanguin doit être connu pour toute transfusion.
- Toute notion d'allo-anticorps doit être mentionnée lors de cette demande et la dernière RAI pour transfusion de globules rouges doit dater de moins de 72 heures
- Tous les PSL sont déleucocytés si bien que la qualification CMV négatif est réservée aux prématurés de mères CMV négatif, aux femmes enceintes de CMV négatif et aux immunodéprimés sévères CMV négatif.
- Groupe sanguin: 1 tube EDTA primaire non décanté
- RAI (+/- gs) : 1 tube EDTA + 1 tube sec bien remplis
- Compatibilité (+/- GS) : 2 tubes secs + 2 tubes EDTA