



Demande d'admission pour transfusion en Médecine

Date de la demande :

Date d'admission souhaitée :

Service demandeur :

Chambre :

Médecin :

PATIENT

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

FICHE MEDICALE

Cause de l'anémie :

Taux d'hémoglobine :

Date des dernières RAI :

Antécédent de RAI positive : Oui Non

Patient déjà transfusé : Oui Non

Patient groupé : Oui Non

Si oui, nom du laboratoire :

Antécédents :

.....
.....
.....
.....

Facteurs de risque d'OAP (chez les patients de plus de 80 ans) :

- HTA Oui Non
- Altération de la FEVG Oui Non
- Valvulopathie sévère Oui Non
- FA rapide Oui Non
- Surcharge hydro sodée Oui Non
- IRC sévère Oui Non
- Syndrome infectieux Oui Non

Au total :

Nombre de culots :

Répartition des culots :

Encadré réservé au service

VALIDATION : Oui Non

Date d'admission : / / Heure :

Médecin référent :