|  |
| --- |
| HVCVL/HAD/TRANSFUSION/ENGAGEMENT-MEDECIN-TRAITANT |
| Date de rédaction : 12/2021 |
| Date de diffusion : 01/2022 |
| Version : 01 |

**Lettre d’engagement du médecin traitant**

***Textes de références*** :

* Document cadre HAD et transfusion du 20 avril 2018 / SFTS – SFVTT – Version actualisée 2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Dr.JONCAMédecin coordonnateur HAD Santé Relais domicile Toulouse | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle**Mme Marjorie BLIN**Assistante | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle |

**Lettre d’engagement du médecin traitant**

 Après avoir pris connaissance des rôles et responsabilités des différents intervenants dans le cadre de la réalisation d’un acte transfusionnel en HAD, je soussigné Docteur…………………………………………………………………………………...…..….

Accepte les principes de la transfusion de M. ou de Mme :

**Identité du patient (ou étiquette)**

**Nom** : …………………………………………..……….

**Prénom** : ……………………………….……………….

**Date de Naissance** : ……………………….…….…….

**N°IPP** : …………………………………..………………

dans le cadre d’une prise en charge en HAD par ………………………

Je m’engage dès la prescription du PSL à être joignable à tout moment pendant la transfusion et dans les deux heures qui suivent la fin de la transfusion.

Fait le : ……./……./……. à ………………………………....

Signature :