|  |
| --- |
| HVCVL/HAD/TRANSFUSION/TRACABILITE-PATIENT-PSL |
| Date de rédaction : 12/2021 |
| Date de diffusion : 01/2022 |
| Version : 01 |

**Traçabilité des PSL reçus par le patient**

***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 |

**Identité du patient (ou étiquette)**

**Nom** : …………………………….

**Prénom** : ………………………….

**Date de Naissance** : ……….…….

**N°IPP** : ………………………………

 **Vous avez été transfusé de**

**Concentré de Globules Rouges (CGR), de plasma ou de plaquettes**

**Conservez précieusement ce document et montrez-le à votre médecin traitant**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE DE LA TRANSFUSION** |  |
| **NOMBRE DE POCHES DE CGR RECUES** |  |
| **NOMBRE DE POCHES DE PLASMA RECUES** |  |
| **NOMBRE DE POCHES DE PLAQUETTES RECUES** |  |
| **NOM ET SIGNATURE DE L’IDE** |  |
| ***Coller ici les étiquettes*** |

Formulaire à remettre au patient