HOSPITAL-L'HÔPITAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAMPUS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TRANSFUSION MEDICINE - MÉDECINE TRANSFUSIONELLE

Name-Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unique number-Numéro unique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTICE TO STAFF**

* Please detach this card and give/mail to patient or next of kin with instructions to file in a safe place for future reference.
* This document must be sent to Health Records to be placed on the patient's chart as a permanent record.

**AVIS AU PERSONNEL**

* Veuillez détacher cette carte et la remettre ou la poster au patient ou à un proche parent en lui demandant de la garder dans un endroit sûr à des fins de référence future.
* Ce document doit être envoyé aux dossiers cliniques pour être conservé au dossier du patient comme rapport permanent.

*Detach here*

 Front of Card Back of Card

Transfusion Medicine-Médecine transfusionnelle

Hospital- Hôpital \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name-Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hospital #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

During your admission to hospital, you received blood components and/or blood products. If you have any questions, concerns, or if additional information is needed, please consult your treating physician.

Durant votre séjour à l'hôpital, vous avez reçu du sang et/ou des produits sanguins. Si vous avez des questions, inquiétudes, ou si de plus amples informations sont requises, veuillez consulter votre médecin traitant.

**Notification of Transfusions**

**Avis de transfusions**