**Registre : Chirurgies reportées ou annulées pendant une pénurie de sang**

(Ce formulaire peut servir si l’établissement n’a pas de formulaire à cet effet)

**Instructions** : Notez dans ce registre toute intervention chirurgicale reportée ou annulée en raison d’une pénurie de sang

Avis de la SCS d’une pénurie de phase : \_\_ jaune \_\_ rouge \_\_ retour à la normale

Composant sanguin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de réception de l’avis de pénurie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date/heure | Nom du patient / ID et endroit où il se trouve | Procédure | Non urgente ou urgente | Composant et nbre estimé d’unités/doses | Reporter | Commentaires |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Nom/signature de la personne qui a rempli ce document (si autre que l’agent de catégorisation) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Page: de

**Registre : Demande de plaquettes pendant une pénurie de sang**

(Ce formulaire peut servir si l’établissement n’a pas de formulaire à cet effet)

**Instructions** : Notez dans ce registre toute utilisation de plaquettes ou report en raison d’une pénurie de sang

Avis de la SCS d’une pénurie de phase : \_\_ jaune \_\_ rouge \_\_ retour à la normale

Composant sanguin : PLAQUETTES

Date de réception de l’avis de pénurie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Date/heure | Nom/ID du patient | Endroit | Spécialité du MD prescrip-teur | Num. plaq. | Indication  | Nbre de doses demandées/transfusées | Commentaires |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Nom/signature de la personne qui a rempli ce document (si autre que l’agent de catégorisation) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Page: de

**Registre - Demandes de sang (hors chirurgie) pendant une pénurie de sang**

Instructions : Notez chaque ordonnance, indiquez si elle a été exécutée, diminuée ou reportée. Dans la colonne Commentaires, notez toute donnée importante, y compris une substitution de groupe sanguin en l’absence de sang du groupe et type Rh demandé. Prenez une page par jour.

Avis de la SCS d’une pénurie de phase : \_\_\_ en phase verte \_\_ jaune \_\_ rouge \_\_ retour à la normale
Composant sanguin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de réception de l’avis de pénurie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom du patient, identité et endroit | Produits demandés | Heure | Produits fournis | Résultats de laboratoire pertinents (ex . Hgb, num. plaq.) | Commentaires - traitement de rechange ou effets indésirables |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Nom du MD au triage :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom/signature de la personne qui a rempli ce document (si autre que l’agent de catégorisation) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Page: de