|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FORMULAIRE DE MISE EN CIRCULATION – STOCK D’ALBUMINE **\*La température de l’endroit ou de l’armoire où est entreposée l’albumine doit être vérifiée et notée TOUTES LES quatre heures.****\*\* Il faut documenter l’inspection visuelle de l’albumine avant sa transfusion.**  | Date de mise en circulation : | Date du retour de la feuille au LMT : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Inspection visuelle au moment de la mise en circulation :  |
| No de lot et nbre de flacons mis en circulation : | Nbre de flacons transfusés : |
|  No de lot et nbre de flacons mis en circulation : | Nbre de flacons transfusés : |
| Destinataire (unité/endroit) :  | Nbre de flacons restants à l’unité de soins :  |
|  |
| Mis en circulation par (tech.) | Reçu par (pers. de l’unité) | Signature (pers. de l’unité) |
|  |
| \*Temp. | Date | Nom du patient Si nouveau-né qui n’a pas encore de nom, indiquer nom complet de la mère  | No d’identification | No du lot d’albumine | Nombre d’unités données | Inspection visuelle | Médecin prescripteur | I.A.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |   |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Inspection visuelle de l’albumine : NE PAS TRANSFUSER le produit en présence de bris du contenant ou du sceau, de particules ou de turbidité dans le liquide. Aviser le Laboratoire de médecine transfusionnelle et y retourner le produit,