

**DEMANDE D'IMMUNOGLOBULINES
à L'Hôpital Anna-Laberge Laboratoire Banque de sang**

SECTION 1

Nom de l'établissement demandeur : _____
Nom et adresse du destinataire: _____
Téléphone : _____ Personne à contacter : _____

SECTION 2

Informations du patient

Nom _____ Prénom _____
Assurance-maladie _____
Date de naissance _____ Sexe _____ Poids _____ kg

SECTION 3

Demande faite pour le : _____ (date) à _____ (heure)

Allergie au latex connue: ☐ Oui ☐ Non

Types d'immunoglobulines Quantité nécessaire

Immunoglobulines anti-Hépatite B : _____ ML

Immunoglobulines sériques humaines : _____ ML
(Rougeole, rubéole et hépatite A)

Immunoglobulines anti-rabiques : _____ U.I.

Immunoglobulines anti-tétaniques : _____ U.

Immunoglobulines anti-varicelle : _____ U.I.

Immunoglobulines anti-D (WinRho) : _____ µg

Autres (spécifier): _____ (spécifier la posologie)

SECTION 4

Nom et numéro de permis du professionnel responsable de la demande : _____

Signature de la personne responsable de la demande : _____

Date : _____

RÉSERVÉ AU CH

Demande reçue le : ----- **Par :** -----

Envoyée le : ----- **Par :** -----