



CNM23014

No dossier		
Nom		
Prénom		
DDN	NAM	Exp.
Classification :		

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS

CONSETEMENT À LA TRANSFUSION SANGUINE*	OUI	NON	MOTIFS
Les risques, bénéfices et solutions de rechange à la transfusion ont été expliqués et compris par le patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le patient consent à la transfusion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

ALLERGIE : _____ TAILLE : _____ cm POIDS : _____ kg

DATE (aaa-mm-jj)	HEURE (hh :mm)	TYPES DE PRODUITS SANGUINS, QUANTITÉ, RAISON DE LA TRANSFUSION

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge

**Champs obligatoires*

Prénom et nom du prescripteur	Signature du prescripteur	Permis
AAAA/MM/JJ	Heure	