

Merci de renseigner ce document afin de permettre la prise en charge du patient.

Envoyer les résultats de (NFS) du dernier bilan sanguin réalisé au laboratoire d'analyses médicales

par email à infprogrammationudj@ch-alpes-leman.fr ou hdj74@ch-alpes-leman.fr

ou par fax au 04 50 82 22 67

Coordonnées médecin demandeur

Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Email :

Signature du médecin demandeur :

Coordonnées du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Numéro de téléphone portable :

MOTIF de la demande

Taux d'Hémoglobine : _____ à la date du :

Délai souhaité du RDV :

ATCD :

Etiologie(s) de l'anémie :

Endoscopies réalisées ? OUI NON Si OUI, quel type ?

Patient déjà suivi sur le CHAL ? OUI NON

Référent hospitalier :

Insuffisance cardiaque connue ? OUI NON

Patient informé de la transfusion et consentant ? OUI NON

Famille informée et consentante ? OUI NON

(pour les sujets en institution ou âgés de plus de 85 ans)

Le patient a-t-il une carte de groupe OUI NON

Si oui, le patient doit venir avec le jour de la transfusion.

Après validation du médecin référent hospitalier, le service de l'Unité de jour
prendra contact avec le patient pour fixer un rendez-vous.