

**Formulaire de commande non nominative de PSL**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et adresse du demandeur :** | **Mode de livraison :** | **Date / Visa :** |
|  | A envoyer par taxi  A venir chercher sur place | Date :  Visa : |
| Mail à l’UMT :  [umt.urgences@chuv.ch](mailto:umt.urgences@chuv.ch)  ou par fax au :  021 314 65 97 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Concentrés érythrocytaires** | **Nombre** | **Concentrés érythrocytaires** | **Nombre** | **Remarques** |
| **A Rh pos** |  | **A Rh nég** |  | A irradier  Phénotype particulier :    Autres : |
| **O Rh pos** |  | **O Rh nég** |  |
| **B Rh pos** |  | **B Rh nég** |  |
| **AB Rh pos** |  | **AB Rh nég** |  |
| **PFC** |  | **PFC** |  |
| **A** |  | **O** |  |
| **B** |  | **AB** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Concentrés plaquettaires** | **Renseignements obligatoires** |
| Identité, groupe sanguin et numération plaquettaire du patient : |  |
| Nombre d’unités plaquettaires souhaitées : |  |
| Nom du médecin : |  |

|  |
| --- |
| **Matériel** |
| Bon n°33 – Formulaire de demande d’analyses et de commande de PSL |