

DEMANDE DE TRANSFUSION DE PSL EN HAD

A ENVOYER : had.accueil@elsan.care/had.ideco@elsan.care

DATE : ____ / ____ / ____

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Dr

Tél :

Mail :

SI DIFFERENT MEDECIN TRAITANT :

Dr :

Tél :

PATIENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Né(e) le :

.....

Téléphone

Adresse des soins si différente :

Vit seul : Oui Non

.....

Informations médicales

ANTECEDENTS :

ALLERGIE :

TRAITEMENT HABITUEL :

RAPPEL PRESCRIPTION

- ✓ JOINDRE A CETTE DEMANDE LA PRESCRIPTION DE PSL POUR L'EFS

SPECIFICITE HAD

- ✓ PRESENCE D'UN AIDANT PENDANT 2 HEURES AU DOMICILE DU PATIENT, A PARTIR DE LA FIN DE LA TRANSFUSION

Le patient a été informé par le médecin prescripteur des risques liés à la transfusion.

DATE DE PRESCRIPTION : ____/____/____

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN PRESCRIPTEUR