



DOSSIER : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

D.D.N. (aaaa / mm / jj) : \_\_\_\_\_

Installation : \_\_\_\_\_

### Formulaire de triage de l'utilisateur – Phase rouge

Indication de transfusion :	Date du triage (aaaa/mm/jj) :	Heure du triage :
L'utilisateur a-t-il reçu des produits sanguins dans les 24 heures précédentes? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, lesquels? _____ _____ _____ _____	Âge :	Groupe sanguin :
	Hémoglobine :	pH :
	Plaquettes :	Lactate :
	RIN :	Température :
	Temps de prothrombine :	Fibrinogène :
L'utilisateur répond-il à l'un ou l'autre des critères d'exclusion généraux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, lesquels? _____ _____ _____ _____	Produit(s) nécessaire(s) :	Unités de produit(s) de compatibilité ABO disponibles :
L'utilisateur répond-il à l'un ou l'autre des critères d'exclusion spécifiques? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Si oui, lesquels? _____ _____ _____	Produit(s) nécessaire(s) :	Score SOFA <sup>1</sup> :

<sup>1</sup> SOFA : « Sequential Organ Failure Assessment »

Nom et prénom de l'usager :

N° de dossier :

<p>A-t-on décidé de procéder à la transfusion?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Date de la transfusion : _____</p> <p>Heure de la transfusion : _____</p>	<p>Nombre d'unités et produit(s) transfusé(s) : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>État de l'usager après 24 heures :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Date de la réévaluation : _____</p> <p>Heure de la réévaluation : _____</p>	<p>Décisions consécutives à la réévaluation :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Commentaires de l'équipe de triage :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Commentaires sur les préoccupations de l'usager ou de sa famille :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Documentation sur le triage fournie par :</p> <p>_____</p> <p>(en lettres moulées)</p>	<p>Signature : _____</p> <p>Date (aaaa/mm/jj) : _____</p>	
<p>Médecin responsable du triage :</p> <p>_____</p> <p>(en lettres moulées)</p> <p>Numéro de téléavertisseur : _____</p>	<p>Signature : _____</p> <p>Date (aaaa/mm/jj) : _____</p>	
<b>Suivi</b>		
<p>Suivi : _____</p> <p>_____</p>		
<p>État de l'usager au moment de son congé de l'hôpital :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Signature : _____</p> <p>Date (aaaa/mm/jj) : _____</p>	<p>État de l'usager après six mois :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Signature : _____</p> <p>Date (aaaa/mm/jj) : _____</p>	