



**Demande d'actes thérapeutiques  
Service Régional Neuchâtois et  
Jurassien  
de Transfusion Sanguine**

Sophie-Mairet 29 - Case postale - 2301 La Chaux-de-Fonds  
CDF : Tél. 032 967 20 31 Fax : 032 967 20 39 [srnjts.cx@ne.ch](mailto:srnjts.cx@ne.ch)  
NE : Tél. 032 967 20 20 [cts.ne@ne.ch](mailto:cts.ne@ne.ch)

Timbre du médecin / Hôpital

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ..... Sexe :  M  F  
Adresse : .....  
NPA/Localité : .....  
N° de téléphone(s) : .....

**Demande de saignée thérapeutique**

Diagnostic et indications	Surcharge en fer <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Hémochromatose <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Résultat de recherche moléculaire génétique : ..... ..... Polyglobulie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> primaire <input type="checkbox"/> secondaire
Saignées antérieures ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Date(s) : ..... .....
Fréquence / nombre de saignées et cadence (mensuellement, etc...)	<input type="checkbox"/> décision par MED traitant <input type="checkbox"/> décision par MED du SRNJTS .....
Comorbidités (HTA, diabète, maladie rhumatismale chronique, infection, etc...)	..... .....
Syndrome inflammatoire	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> CRP
Fonction hépatique (ALAT, ASAT, etc...) US ou IRM hépatique:	..... .....
Traitements actuels	..... .....
Allergies	.....
Grossesse actuelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Poids / taille / date	.....kg .....cm ...../...../.....
Taux de ferritine / date	.....ng/ml ...../...../.....
Taux d'hémoglobine / date	.....g/l ...../...../.....
Taux d'hématocrite / date	..... ...../...../.....
Taux de saturation de transferrine / date	..... ...../...../.....

**Nous vous remercions de joindre :**

- Une copie des résultats des derniers bilans biologiques  Hémogramme (FSS)  
 Une copie du rapport "recherche moléculaire génétique"

Date : ..... Signature médecin demandeur : .....

Remarques : .....  
.....

A convoquer Date : ..... Visa MED SRNJTS : .....

Convocation : ..... rdv : .....