



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
 NE : Tél. 032 967 20 20 transfusionneju@hin.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 |
| Comorbités (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 / date | kg / / / |
| 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 :