



**Demande d'actes thérapeutiques**  
**Service Régional Neuchâtelois 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 / 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 : .....