

F-REA-035-010
Version :002

Prescription Saignée Thérapeutique - Verordnung Therapeutischer Aderlass
Entrée en vigueur le 03.01.2018

**Transfusion CRS Fribourg – Blutspende SRK Freiburg
Ch. des Pensionnats 2-6, 1708 Fribourg / Freiburg**

Fax 026 306 28 61 Tél Infirmière /Tel. Krankenschwester 026 306 28 70 Mail :dondesang@transfusion-fr.ch

Information pour le médecin

Le médecin prescripteur confirme, par l'inscription de son patient au programme de saignée thérapeutique, avoir évalué son état de santé, l'avoir informé de la procédure et **qu'il n'y a pas de contre-indication à la saignée thérapeutique.**

Pour permettre une identification univoque dans notre système informatique, nous vous demandons de renseigner tous les champs demandés. Après réception de la présente prescription, **votre patient sera convoqué par le Service de transfusion.**

Au Service de transfusion, une mesure d'hémoglobine capillaire est effectuée **avant chaque saignée.** De plus, une formule sanguine réduite et un taux de ferritine seront effectués **lors du 1^{er} prélèvement** puis à **chaque 3^{ème} saignée.** Un rapport de saignée avec les résultats sanguins vous sera adressé après chaque prélèvement.

Information für den Arzt

Der überweisende Arzt bestätigt mit der Anmeldung des Patienten zum Aderlass, seinen Gesundheitszustand kontrolliert und ihn über den Ablauf des Aderlasses informiert zu haben. Im Weiteren bestätigt der Arzt, dass **keine Kontraindikation zum Aderlass besteht.**

Um eine eindeutige Identifikation in unserem Informatiksystem erstellen zu können, bitten wir Sie, dieses Formular vollständig und genau auszufüllen. Nach Erhalt dieser Verordnung, **wird Ihr Patient vom Blutspendedienst aufgeboten.**

Vor jedem Aderlass wird der Hämoglobinwert gemessen, **vor der 1.,** sowie bei **jedem 3.** Aderlass wird das Ferritin und ein kleines Blutbild gemacht. Nach jeder Entnahme wird Ihnen ein Bericht mit den Resultaten der Blutanalysen zugestellt.

Important : SVP se référer à une pièce d'identité, en lettre majuscules et lisible

Wichtig : Ausfüllen gemäss eines ID-Ausweises, leserlich und mit Blockschrift

Nom de naissance / Geburtsname		Rue / Strasse	
Nom marital / Familiennome		NP Lieu / PLZ Wohnort	
Prénom / Vorname		Tél. Priv. / Tel. Privat	
Date Naissance / Geburtsdatum		Portable / Natel	
Sexe / Geschlecht		Tél. Prof. / Tel. Arbeit	
Diagnostic / Diagnose			

Valeur Hb minimale tolérée avant saignée / Minimaler Hb-Wert vor Aderlass	
Hb valeur standard / Standardwert Hb min. (F 125 g/l, M 135 g/l)	<input type="checkbox"/>
Remplir si autre valeur que Standard est acceptée / Angeben, falls anderer Wert toleriert (min 110 g/l)	_____ g/l

Volume à prélever / zu entnehmende Blutmenge	
Volume standard / Standardvolumen = 450 ml	
Ce volume exige un poids corporel de min. 50kg /	
Dieses Volumen erfordert ein Körpergewicht von mindestens 50 kg	<input type="checkbox"/>
Indiquer si autre volume / Angeben falls anderes Volumen (200 ml - 500ml)	_____ ml

Nombre et fréquence / Anzahl und Häufigkeit	
Nombre total de saignées / Gesamte Anzahl Aderlass :	_____
Fréquence / Häufigkeit _____ X par / Pro <input type="checkbox"/> semaine / Woche <input type="checkbox"/> mois / Monat <input type="checkbox"/> année / Jahr	
Jusqu'à valeur cible de Ferritine / Bis Zielwert von Ferritin von _____	_____ µg/l
Validité de la Prescription / Verordnung gültig bis (max 12 mois / Monate)	_____ - _____ - 20__

Remarques du médecin – Précautions particulières / Bemerkungen des Arztes – Besondere Vorsichtsmassnahmen	

Date, sign. du médecin / Datum, Unterschrift des Arztes	Sceau du cabinet / Stempel der Praxis