

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<sup>er</sup> prélèvement** puis à **chaque 3<sup>ème</sup> 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 aufgebeten.**

**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			

<b>Valeur Hb minimale tolérée avant saignée / Minimaler Hb-Wert vor Aderlass</b>	
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

<b>Volume à prélever / zu entnehmende Blutmenge</b>	
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

<b>Nombre et fréquence / Anzahl und Häufigkeit</b>	
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