



F-REA-035-010

**Prescription Saignée Thérapeutique**

Version :003

Entrée en vigueur le 01.01.2025

**Transfusion CRS Fribourg  
Ch. des Pensionnats 2-6, 1708 Fribourg**

Tél Infirmière 026 306 28 70 Mail :dondesang@transfusion-fr.ch

**Information pour le médecin**

Le médecin prescripteur confirme par sa signature, avoir évalué l'état de santé de son patient et l'absence de contre-indications (voir la liste ci-dessous) aux saignées thérapeutiques. Il confirme également l'avoir informé de la procédure. En cas d'urgence (e.g. polyglobulie sévère), si la balance bénéfique/risque est favorable pour le patient, une saignée peut tout de même être réalisée en présence d'une contre-indication, ceci avec l'accord du médecin de Transfusion CRS Fribourg (T-FR), N° tél 026 306 28 55.

**Contre-indications aux saignées**

Âge > 80 ans	Valvulopathie, insuffisance cardiaque, trouble du rythme, anévrisme
Diabète décompensé	Affections cardio-circulatoires (angine de poitrine, infarctus) < 2 ans
Epilepsie instable (>1 crise / an)	Troubles circulatoires cérébraux (AIT, AVC) < 2 ans
HTA > 180/100 mmHg, HypoTA < 100/50 mmHg	Affections pulmonaires chroniques graves, obstructives ou restrictives
Anémie < 125 g/l pour F et <135 g/l pour H	Infection systémique, fièvre

- Pour permettre une identification univoque dans notre système informatique, nous vous prions de vous référer à une pièce d'identité. Nous vous prions de renseigner tous les champs demandés. Nous ne pouvons pas gérer un formulaire partiellement ou incorrectement rempli, il sera en conséquence renvoyé.
- Merci d'envoyer la prescription à T-FR, par poste ou par mail. **Votre patient(e) sera convoqué(e) par T-FR.**
- Les prélèvements ont lieu en général le mardi et le jeudi matin dans les locaux de T-FR à Fribourg.

**Données administratives : Ecrire en lettres majuscules et lisibles \*= champs obligatoires**

<b>Nom de naissance*</b>		<b>Rue*</b>		Visa T-FR
<b>Nom marital*</b>		<b>NP Lieu*</b>		
<b>Prénom*</b>		<b>Tél. Privé*</b>		
<b>Dte naiss. * / Sexe *</b>		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<b>Tél. Prof.</b>	
<b>Langue*</b>	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Allemand		<b>Mail</b>	

- Indication :**
- Hémochromatose héréditaire (e.g. mutations C282Y/C282Y ou C282Y/H63D du gène *HFE*)
  - Hyperferritinémie associée à une surcharge martiale significative d'autre origine (documentée par IRM ou biopsie hépatique)
  - Polyglobulie primaire (« polycythemia vera » ou « maladie de Vaquez »)
  - Porphyrie cutanée tardive (-> à viser une valeur cible de Ferritine de max. 50 µg/l)
  - Autre : \_\_\_\_\_

**Prescription** la validité de la présente prescription est de 12 mois maximum. Le prescripteur informe T-FR sans délai, en cas de changement de l'état de santé du patient qui engendre une contre-indication pour la présente prescription.

**Saignée unique**  -> En cas de saignées ponctuelles ultérieures les 12 mois suivants, une simple prescription sur une ordonnance « standard » sera acceptée (sauf avis contraire, le volume de la saignée sera alors de 450 ml).

**Programme de saignées**

➔ **Consultez le médecin de T-FR (tél 026 306 28 55) en cas de ttt. « d'attaque » : max. 1 pré./24h, max. 3 pré./semaine**

**Fréquence** des saignées : \_\_\_\_ X chaque \_\_\_\_ jour(s)/ \_\_\_\_ semaine(s)/ \_\_\_\_ mois/ \_\_\_\_ année

**Durée** du programme (max.12 mois)  Jusqu'à nouvel avis par écrit (refaire 1 prescription 1x/an si programme > 1 an).

Ou jusqu'à obtention d'une valeur cible de ferritine de : \_\_\_\_\_ µg/l (min. 50 µg/l)

Ou jusqu'à obtention d'une valeur cible d'hémoglobine de : \_\_\_\_\_ g/l (min. F 125 g/l , H 135 g/l)

**Volume** à prélever (standard = 450 ml si poids de min. 50 kg) : \_\_\_\_\_ ml (min. 200 ml, max 500 ml)

Substitution volémique avec NaCl 0,9 %  oui  non  Volume standard perfusion 500 ml  Autre volume \_\_\_\_\_ ml

**Examens** : Avant chaque saignée : mesure de l'hémoglobine capillaire, de la tension artérielle et du pouls. Pour la réalisation d'une saignée, des valeurs normales sont exigées (voir aussi la rubrique « contre-indications aux saignées » ci-dessus).

-> Sauf avis contraire de votre part, il sera effectué à T-FR lors du 1<sup>er</sup> prélèvement et à chaque 3<sup>ème</sup> prélèvement une formule sanguine réduite et une ferritine. Dès obtention d'une valeur de < 350 µg/l une ferritine sera faite à chaque saignée.

➔ Un rapport de saignée sera adressé au médecin prescripteur après chaque prélèvement.

Remarques du prescripteur

Précautions particulières

Commentaire T-FR (*laisser vide*) :

Date, Nom, Signature du médecin prescripteur

Sceau du cabinet, adresse et N° téléphone

**A remplir par T-FR**

Réception et contrôle de la prescription par T-FR, Date : \_\_\_\_\_ Visa, Sceau : \_\_\_\_\_

➔ Déposer la prescription dans le bureau de la Gestion donneurs, dans le bac « Prestations médicales »