

**ORDONNANCE PRÉLÈVEMENTS SANGUINS
PHLÉBOTOMIE THÉRAPEUTIQUE POUR L'EXTERNE**

GARDER L'ORIGINAL OU LA COPIE AU DOSSIER MÉDICAL

Nom du CLSC ou autre instance _____

N° de téléphone _____

N° de télécopieur _____

Télécopié par _____

Transmission : _____ / _____ / _____

Date (aaaa/mm/jj)

Heure (hh:mm)

Note au prescripteur :

-Remettre cette ordonnance à l'usager. L'usager doit apporter cette ordonnance à tous ses rendez-vous de prélèvements sanguins

-Vous devez prescrire la phlébotomie thérapeutique sur le formulaire CQ 10512

Prélèvements sanguins

À faire de 24 à 48 heures avant chaque phlébotomie thérapeutique :

Hb/Ht

Ferritine sérique

*** L'usager doit apporter cette feuille à tous ses rendez-vous de prélèvements**

Signature _____

Date : _____ / _____ / _____

aaaa/mm/jj

hh:mm

Nom _____

N° de permis _____

Hôpital _____

N° de téléphone _____

AVIS - Ce formulaire devrait être considéré comme toute autre ordonnance externe. Son contenu préimprimé n'a pas été validé par les autorités compétentes du CHU de Québec – Université Laval (CMDP).

Cette télécopie (de même que les fichiers joints) est strictement réservée à l'usage de la personne ou de l'entité à qui elle est adressée et peut contenir de l'information privilégiée confidentielle. Toute divulgation, distribution ou copie de cette télécopie est strictement prohibée. Si vous avez reçu cette télécopie par erreur, veuillez nous en aviser sur-le-champ et détruire toutes les copies de votre système.

ORDONNANCE EXTERNE