# DEMANDE DE DECONGELATION D UNITES DE SANG DE PHENOTYPE RARE

***Pour tout problème, contacter le CNRGS au : 01 55 25 12 12***

**DEMANDEUR**

**IDENTITE DU RECEVEUR :**
Nom usuel : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance : ……../……/…… Sexe :

**BIOLOGISTE *DEMANDEUR* :**
*Dr :*
EFS / CH :
Ville :
Tel :
Fax :

**LIEU DE RECEPTION DES UNITES DECONGELEES :**
Adresse de livraison des unités décongelées :
Tel (24h/24) : Fax :

**Joindre IMPERATIVEMENT :**
☐ **la prescription de l'établissement de santé**
☐ **la fiche transfusionnelle mise à jour (ou autre document immuno-hématologique)**

**Date et heure souhaitées de la transfusion :**
Date : Heure :

**CNRGS**

| **Nombre total d'unités à décongeler** | | Nombre en circuit ouvert (péremption 24 heures) | | Nombre en circuit clos (péremption *48 heures*) | |
|---|---|---|---|---|---|

**Date et heure de disponibilité des unités sur le lieu de réception :**
Date : Heure :

*CIM* ☐ *DMRAR1* ☐ *Vérification DGV pour les dons < 2010* ☐

BIOLOGISTE CNRGS : Dr Signature :

Demande établie par : Date : Signature :

**BNSPR**

**Dans le cas d'une dérogation** ⟹ **contrôle avant décongélation effectué** ☐

**Joindre systématiquement les échantillons sur produits finis** (à adresser avec la prochaine course pour le CNRGS)

Coller ici les n° CGR (n° de don + code produit)

Ne pas noter les identités des donneurs – Préciser date et heure de décongélation

20 rue Bouvier – BP 79 – 75522 Paris Cedex 11 Site internet : http://www.efs.sante.fr Email : cnrgs@efs.sante.fr
Laboratoire : 01 55 25 12 12 (24h/24 7j/7) / Secrétariat : 01 55 25 12 01 / Fax : 01 55 25 12 03