

DEMANDE DE SERVICE - PRÉLÈVEMENT

Compléter et retourner par courriel avec les documents requis à l'adresse prelevements@crchudequebec.ulaval.ca pour jeudi 12:00 am. Le traitement de la demande peut prendre jusqu'à 7 jours ouvrables.

Numéro de confirmation:		DATE:	Jour	Mois	Année
	Ne pas remplir				

Demande de rendez-vous avec le donneur:	JJ/MM/AA	
	Date:	Heure:

Identification du demandeur
Chercheur:
Professionnel/coordonnateur à contacter:
Coordonnée à laquelle vous contacter:
Titre de l'étude:
Numéro du CÉR:
Numéro de budget à utiliser pour la facturation:

Services requis

PARTICIPANT DÉJÀ RECRUTÉ	avec rendez-vous
Accompagner le participant avec la FIFC signé, les tubes, la glacière de transport et les exigences du prélèvement. Vous asseoir dans la salle d'attente près du local TR-27 et un membre du personnel ira vous chercher.	
prélèvement sanguin ☐	Date de naissance: JJ/MM/AA
Compensation financière: \$	Sexe: M ☐ F ☐

À PARTIR DU REGISTRE DE DONNEURS SAINS	avec rendez-vous
prélèvement sanguin petit volume (tubes) (jusqu'à 120ml) ☐	Première demande au service: ☐
prélèvement sanguin moyen volume (tubes) (de 121 à 200 ml) ☐	
prélèvement sanguin gros volume (325 ml jusqu'à 1 sac) ☐	
Note (tube) :	Compensation financière: \$
	Volume demandé :

INDICATIONS RÉCUPÉRATION DES ÉCHANTILLONS			
Coordonnées de la personne à joindre au besoin :			
Nom:	Poste (tél.):	Local:	
Note:			

AUTRES SERVICES		
Mesures signes vitaux	Suivi téléphonique	Questionnaire
Mesures anthropométriques	Service de surveillance infirmière	
NOTES:		

Suite à votre demande de service, vous recevrez une confirmation de réception par courriel. Vous pouvez faire la demande du numéro de confirmation unique associé à cette demande et l'utiliser pour toutes opérations concernant celle-ci.

ESPACE RÉSERVÉ À LA FACTURATION
Nombre de tubes citrate utilisés :
Jus : ☐
Barre et jus : ☐