



Identification du prescripteur avec ses coordonnées et RPPS

le

Monsieur ou Madame le Médecin de l'EFS ou du CTSA ;

Monsieur ou Madame la personne en charge de l'entretien préalable au don de l'EFS ou du CTSA

Je vous adresse, Madame ou Monsieur,

dont j'assure le suivi dans le cadre d'une hémochromatose génétique.

Ce patient ne présente pas à ma connaissance de contre-indication au don du sang.

Merci de bien vouloir effectuer des dons-saignées :

Volume : saignée demL*

* : pour un don-saignée, le donneur doit répondre aux critères de sélection des donneurs. Ainsi dans ce cadre, le volume sera déterminé à l'aide des abaques utilisés pour le don du sang, où, pour des raisons opérationnelles, 3 volumes sont possibles, 420, 450 et 480mL. Ces volumes sont calculés selon les règles de Gilcher et garantissent de prélever un volume <13% du volume sanguin total.

Rythme :

- ☐ Une fois par semaine
- ☐ Toutes lessemaines
- ☐ Tous les mois

(Cocher et/ou compléter)

Durée de validité*:

*Validité de l'ordonnance un an en l'absence d'indication contraire (la réévaluation du rythme des saignées est de la responsabilité du prescripteur)

Signature