



Service régional fribourgeois de transfusion sanguine CRS
Regionaler Blutspendedienst SRK Freiburg

Hôpital cantonal, 1708 Fribourg
Tél. 026 426 81 80, Fax 026 426 81 93
CCP 17-4339-6, TVA 141.535, Concordat B0185.10

Fax inscription 026 426.81.93 / Tél. infirmière 026 426.81.84

INSCRIPTION DON AUTOLOGUE / ANMELDUNG EIGENBLUTSPENDE

Patient :		Intervention	
Nom	_____	Nature d'intervention	_____
Prénom	_____	Date de l'intervention	_____
Dte nce.	_____	Nombre de sang complet	_____
Adresse	_____	Autres produits sanguins	_____
Domicile	_____	Chirurgien	_____
Tél. priv.	_____	Adresse complète	_____
Tél. prof.	_____	De l'Hôpital	_____
Médecin de famille	_____		
Adresse complète du cabinet	_____	Tél. Hôpital	_____
		Sign. du méd. prescripteur	_____
		Sceau du cabinet	_____
Tél. cabinet	_____		

↓ à compléter par le SRTS FR ↓

N°	Dates prévues	Heures prévues	Produits sanguins	N° prélèvement
1				
2				
3				
4				
5				

Date, Visa, Sceau

Lettre de convocation patient	_____
Lettre de confirmation prescripteur	_____
Formu « Analsupl », demande RAI (1500)	_____
Lettre refus au chirurgien par méd. SRTS FR	_____
Lettre refus : copie de lettre au méd. de famille	_____
Programme terminé, → Labo	_____
Tests de compatibilité	_____
Lettre de confirmation produits à disp. prescripteur	_____
Produits sanguins envoyés	_____
Facturation Tardyferon	_____
Facturation	_____