



SOCIETE NATIONALE DE LA CROIX-ROUGE HAITIENNE

BIWO KOMINIKASYON LAKWAWOUJ

VERITE SOU DOSYE DORMELA TRANQUILLE

PRESIZYON LAKWAWOUJ POTE

PRESIZYON SA YO LAKWAWOUJ POTE YO POU TOUT MOUN KAP BAY MOVE ENFOMASYON ANNATANDAN LI TRANSMET LI BAY OTORITE SANTE PIBLIK AK LAJISTIS POU POTE LIMYE SOU DOSYE SA A.

1è15 nan maten



Men foto moun ki te pote rekizisyon san pou DORMELA TRANQUILLE nan lakwawouj

Men kilè rekizisyon an rive nan lakwawouj digicel la. Li te 1è15 nan maten.



Men kote moun nan remèt rekizisyon an bay resepsyonis lan

Men rekizisyon moun nan te remèt pou pòch ki genyen « Concentrés globulaires » ladann



HOPITAL C.DICT

AUTOROUTE DE DELMAS, (EN FACE POMPE NATIONAL DELMAS 57)

DEMANDE DE SANG A LA CROIX ROUGE

Date : 22/09/18

No dossier :

Nom et Prénom patient(e) : TRANQUILLE DOMINGA

Age : 31 ans

Sexe : Féminin

Médecin : DR BENOLT **BT**

Infirmière : **BL**

Service : Maternité

Réquisition de sang total..... : concentrés globulaires...... : plasma frais..... : Cryoprécipités : plaquettes....

Date de transfusion : Des Recettes Heure :

Quantité demandée : 2 unités

Date de transfusion antérieure :

Indications : Anémie sévère - urgent !!

Antécédents obstétricaux : Gpi

Anti A.....	Anti B.....
Anti AB.....	AC..... BC.....
Anti D.....	Rhc..... Du.....
Groupe.....	Rh.....
Tech:	

10266
24/10

DR Benolt
Signature autorisée



Men kote moun nan ap siyen pou li kapab resevwa san. Li te gen yon temwen avèk li.

Men fòmilè moun nan tap siyen an



10266

NOTE DE DECHARGE DE RESPONSABILITE

La Croix-Rouge Haïtienne (CRH) met gratuitement à disposition du bénéficiaire des produits sanguins préparés par le Service de Transfusion Sanguine de la Croix-Rouge Haïtienne.
La CRH certifie qu'elle, ses employés et ses représentants n'offrent aucune garantie autre que celle conférée par les résultats des tests pratiqués et universellement admis par les instances internationales et par les normes nationales transfusionnelles sur le produit destiné à des fins médicales.
La CRH décline toute responsabilité quant aux risques liés à la détérioration de la qualité des produits sanguins une fois sortis de ses locaux, soit par mauvaise conservation durant le transport ou le stockage à l'hôpital, soit par d'autres manipulations.

DÉCLARATION DU BÉNÉFICIAIRE

Le soussigné Alteama Makery....., identifié au NIF/CIN : 004-599-184-3
Reconnait n'avoir versé aucun droit ou autre indemnité à la Croix-Rouge Haïtienne (CRH) et reconnait avoir reçu gratuitement les produits sanguins de la CRH, requis sur ordonnance du médecin traitant à l'Hôpital..... (Réquisition No.....). Numéro (s) de (s) la Poche (s) livrée(s)..... Date d'expiration de () la poche (s)
DATE : Jour/Mois/Année 22...../.....09...../2018 Heure de livraison :

Le soussigné décharge donc la CRH, ses employés et ses représentants de toute responsabilité et obligations et renonce à toute réclamation, poursuite ou plainte contre la partie déchargée en cas de réactions secondaires ou de dommages liés aux matériels utilisés dans le cadre de toute transfusion sanguine, lors de son traitement dans un centre hospitalier public ou privé du pays.
Cette décharge est valable également en cas de remise et transport du produit vers le centre hospitalier public ou privé par un tiers / porteur autorisé par le receveur.
Par sa signature, le soussigné certifie avoir lu, compris et consent à ce qui est mentionné ci-dessus.

CNTS

PTS :

Patient (ou Représentant légal)

Nom : Tranquille..... Prénom (s) : Dorcelle.....

Signature : Makery Alteama..... Date : 22-09-18.....

Ou empreinte digitale

NIF/CIN : 004-599-184-3.....

N.B. S'il s'agit d'un malade mineur ou inconscient ou à l'état végétatif, l'un des parents biologiques, ou tuteurs, doit signer à sa place en présence de deux (2) témoins.

Témoin 1 : Nom/Prénom

Noël Stéven

Signature

[Signature]

Témoin 2 : Nom/Prénom

Signature

44 40 84 88

3772 15 62 / 4276 3358

Men fotokopi pèmi kondwi moun nan ki te vin chèche san. Li rele
MAKENZY ALTEMA.

REPUBLICQUE D'HAÏTI
Service de la Circulation
PERMIS DE CONDUIRE

Dossier: WW-51901-AC NIF: 004-599-189-3

Nom: ALTEMA, MAKENZY

Adresse: 29, RUE NATHAN, DELMAS

Date de Naissance: 12/06/1984 Sexe: M G. Sang: O+

Lieu d'émission: P-AU-P Emis le: 25/01/2018 Expire le: 12/06/2021

Type: AC

Signature Autorisée: *Alte Ma*





Men kote moun yo chita nan sal la ap tann yo pote san pou yo

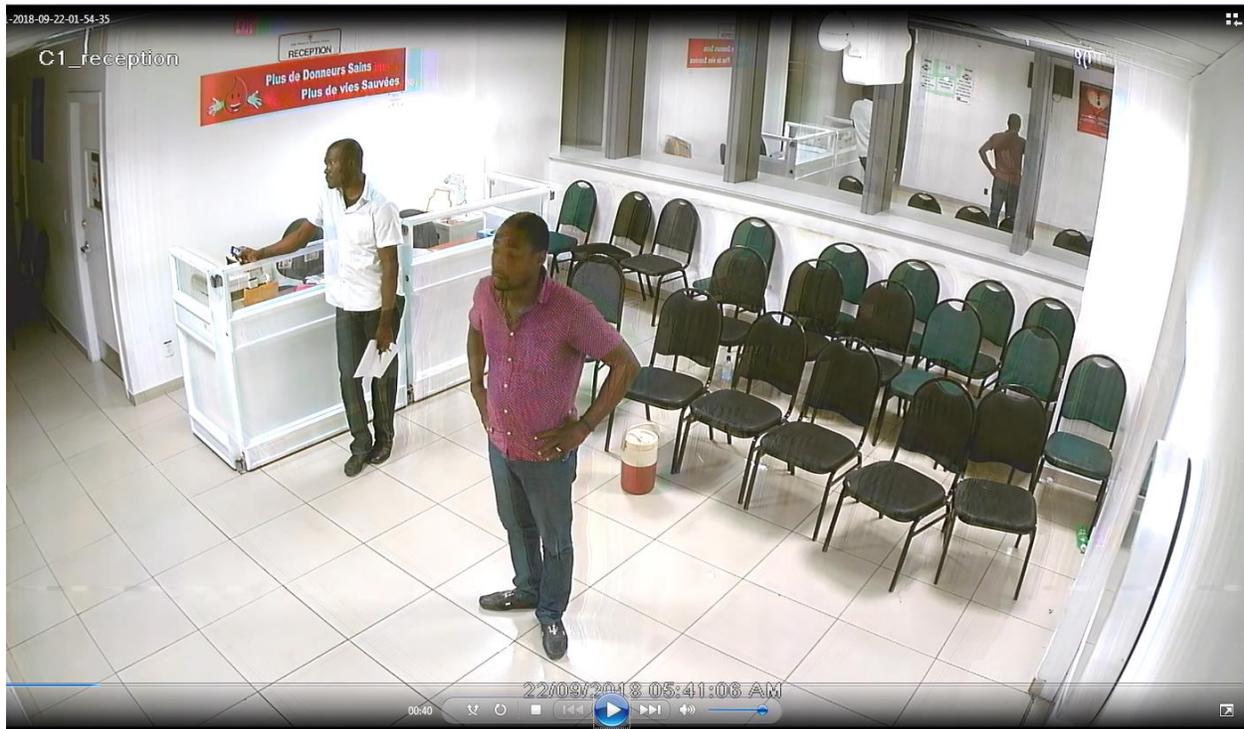


Men kote moun nan ap sòti ale chèche glas pou yo ka pote san

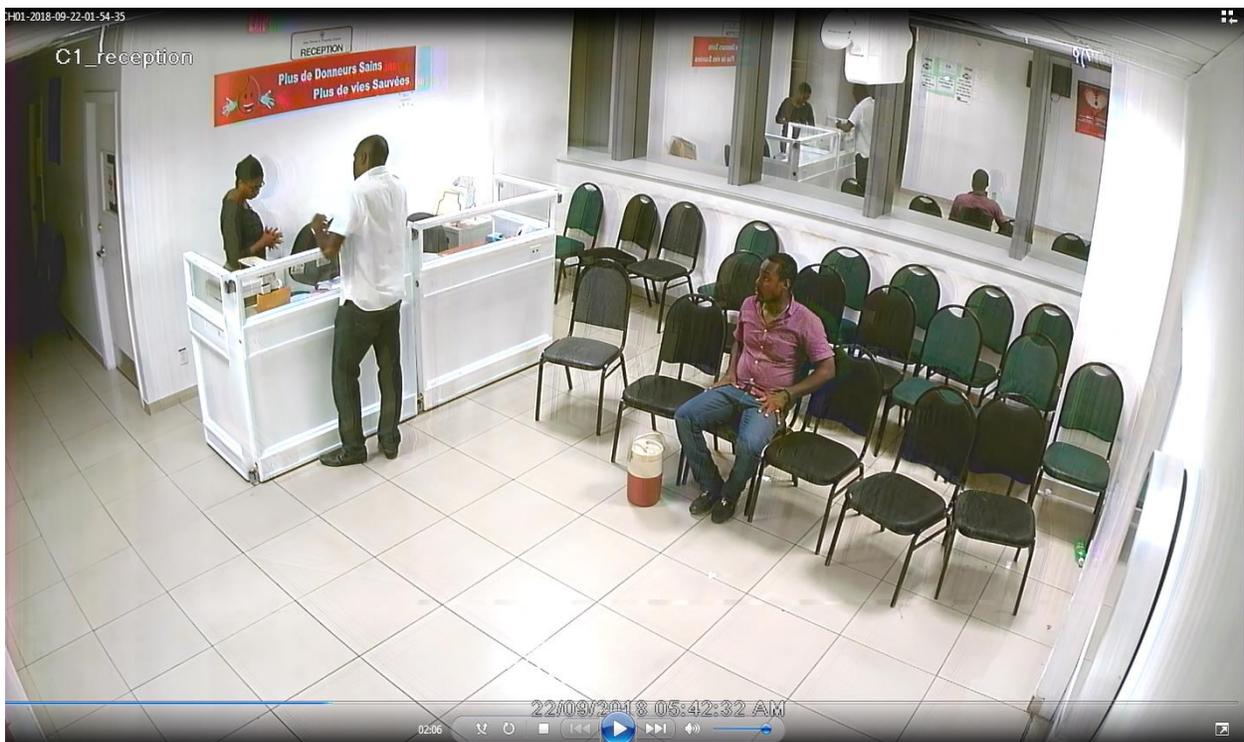
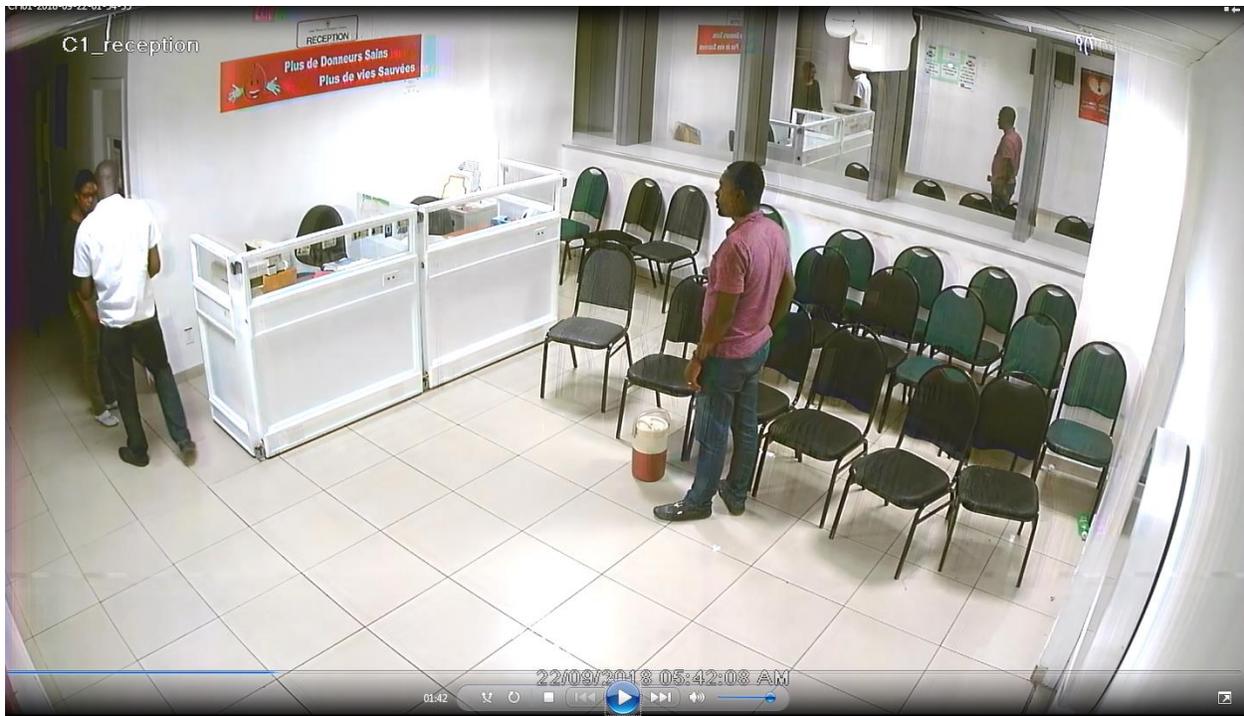


Men kote moun nan remèt tèmos lan ak tout glas pou yo ka mete pòch san pou li

5è41 nan maten



A 5:41 nan maten Lakwawouj gen foto 2 moun. Youn ladan yo rele JAZON JEAN JUNIOR. Li prezante li kòm doktè ki vini avèk MAKENZI ALTEMA vin chèche plasma pou DORMELA TRANQUILLE.



A 5h42 nan maten moun ki di li se doktè JEAN JUNIOR JAZON an remèt resepsyonis lan rekizisyon pou plasma

Men rekizisyon yo te bay lè saa pou plasma a



HOPITAL C.DICT

AUTOROUTE DE DELMAS, (EN FACE POMPE NATIONAL DELMAS 57)

DEMANDE DE SANG A LA CROIX ROUGE

Date : 22/09/18

No dossier :

Nom et Prénom patient(e) : Damala tranquille

Age : 31 ans

Sexe : F

Médecin : DR Benoit

Infirmière :

Service : MATERNITE

7989

4/7/29

Réquisition de sang total..... : concentrés globulaires..... : plasma frais..V.: Cryoprécipités : plaquettes....

Date de transfusion des recoltées Heure :

Quantité demandée : 2 onces

Date de transfusion antérieure :

Indications Anémies sévères post hystérectomie

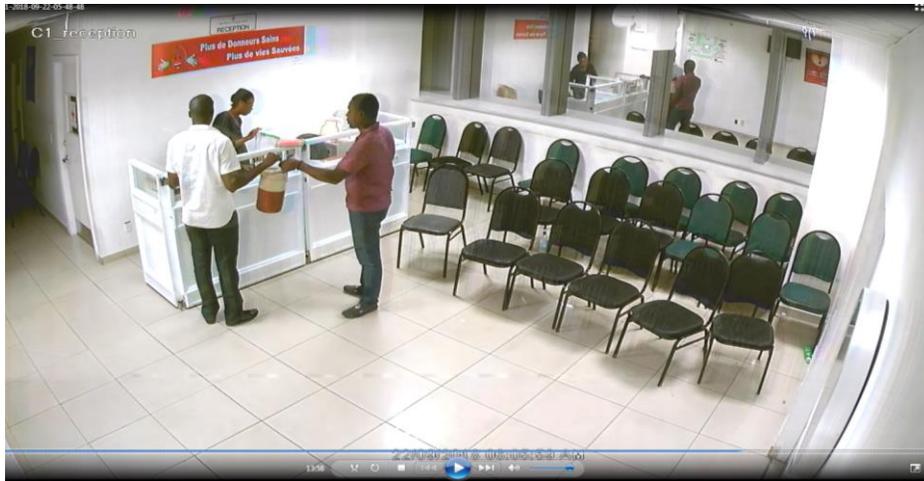
Antécédents obstétricaux :

B+

al

Anti A.....	Anti B.....
Anti AB.....	AC..... BC.....
Anti D.....	Rhc..... DU.....
Groupe.....	Rh.....
Tech:	

Signature autorisée



Men kote Lakwawouj remèt de moun yo plasma yo te vin chèche a



Foto saa montre kote moun ki rele JAZON JEAN JUNIOR ki prezante li kòm doktè a, avèk MAKENZY ALTEMA, ap kite biwo Lakwawouj la avèk tèmòs ki genyen plasma ladann.

KIDONK LAKWAWOUJ BAY SAN 2 FWA POU DORMELA TRANQUILLE

PREMYE FWA : KONSANTRE GLOBILÈ

DEZYEM FWA : PLASMA