



Ministère de la Santé Publique
et de la Population

ORDONNANCE 02071

CENTRE NATIONAL DE
TRANSFUSION SANGUINE
DU GABON

Prescription de Produits Sanguins Labiles (PSL)

ID: 01676555

e

HOPITAL PEDIATRIQUE D'OWENDO: *Clinique Unis Medical*

Date: *4.3.21* Heure: *16h*

Service: *Pédiatrie*

Prescripteur: *MATBASSO*

po
Dr. Yvette ELA NGONG
Pédiatre

Patient: *enfant*

Nom: *LOUNJA MASSANGA*

Prénom(s): *Sarah*

Date de naissance: *19.02.2001*

Groupe sanguin: *B positif*

Indication de la transfusion:

*Anémie chez
un prématuré*

Taux d'hémoglobine: *5,3*

Numération plaquettaire: *471.10³/L*

PSL :	Quantité demandée	Quantité servie + N° PSL
Groupe sanguin	<i>A poche</i>	
Culot érythrocytaire		<i>1 eq B⁺ 9 388 685</i>
Plasma frais congelé (PFC)		
Autres		

Observations

Tube échantillon patient: *Oui*

Prix: *35000*

N° quittance trésor: *9057832*

Date-heure de délivrance: *05.03.21*

Technicien distributeur: *Fon*

Visa

*LOUNJATHOMA 077299568
066113630*