



# Formulaire de signalement : Effet Indésirable Grave Donneur (EIGD)

ETS : ..... SITE : ..... COLLECTE : ..... TMC  oui  non

VICTIME :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|

PRELEVEMENT :

Date de l'EIGD : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_| Heure de l'EIGD : .....

Numéro de don ou Code à barre :

Date de Prélèvement : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_| Heure de fin de don : .....

Sur le lieu de don  Hors du lieu de don :

(salle de prélèvement, collation, WC,...).

Interruption du don :  oui  non

Restitution (si aphasie) :  oui  non

Durée de la procédure : ..... ml

Exercices musculaires :  oui  non Hydratation :  oui  non

DESCRIPTION CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE (Cocher le type d'EIGD au verso et saisir dans le LMT) :

Bilan clinique initial à T0 (état de conscience, ventilation, circulation, signes cliniques, chute, lésions associées visibles, convulsions,...) :

Suivi des Paramètres Vitaux :

Temps (noter l'heure ex : 16h30)	Bilan prédon	Bilan initial à T0	Bilan à T1	Bilan à T2	Bilan à T3	Bilan à T4	Bilan Final
<b>Constantes</b>							
Fréquence Cardiaque (FC)							
Pression Artérielle (PA)							

Prise en charge :  PLS  LVA  O2  VVP Vol. NaCl : ..... ml  DSA  RCP

PLS = Position Latérale de Sécurité / LVA = Libération des Voies Aériennes / O2 = Oxygène / VVP = Voie Veineuse Périphérique / DSA = Défibrillateur Semi Automatique / RCP = Réanimation Cardio Pulmonaire

Appel Médecin TMC :  oui  non

Appelant : .....

Heure d'appel : .....

Directives : .....

Appel Centre 15 :  oui  non

Appelant : .....

Heure d'appel : .....

Directives : .....

Envoi Moyen :  oui  non  SMUR Autre : .....

Heure d'arrivée : ..... Heure de départ : .....

Traitement(s) Médicamenteux (mettre les noms des médicaments utilisés et la posologie employée) : .....

Observations : .....

GRADE EIGD :  2  3  4

DEVENIR DU DONNEUR :

Heure de départ : .....

Retour au domicile Accompagné :  oui  non

Information entourage :  oui  non

Moyen : .....

Consultation : .....

Hospitalisation Lieu : .....

Moyen :  Pompiers  Ambulance  SMUR

Départ contre avis médical

Contact à J1 ou J2 :

Appelant : .....

Evolution : .....

Responsable ou Superviseur de la collecte : .....

Date de la déclaration : |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|

Signature : .....

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT : EFFET INDESIRABLE GRAVE DONNEUR (EIGD)

EFFET INDESIRABLE	GRADE 1 (minime)	GRADE 2 (modéré)	GRADE 3 (sévère)
<b>1. Effets indésirables locaux liés à l'insertion de l'aiguille</b>			
<b>1.1. Blessure vasculaire</b>			
Hématome	Inf. à 4 cm de diamètre à sa constitution, TTT local <input type="checkbox"/> (H1LA) <input type="checkbox"/> (H1HA)	Sup. à 4 cm de diamètre à sa constitution, TTT local <input type="checkbox"/> (H2LA) <input type="checkbox"/> (H2HA)	Avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LA)
Ponction artérielle	Non pertinent	TTT local <input type="checkbox"/> (H2LB) <input type="checkbox"/> (H2HB)	Avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LB) <input type="checkbox"/> (H3HB)
Thrombophlébite	Non pertinent	Non pertinent	Avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HC)
<b>1.2. Blessure nerveuse</b>			
Directe par l'aiguille	Symptomatologie (douleur, paresthésies) régressive en moins de 2 semaines <input type="checkbox"/> (H1LD) <input type="checkbox"/> (H1HD)	Symptomatologie (douleur, paresthésies) régressive en 2 sem. à 1 an <input type="checkbox"/> (H2LD) <input type="checkbox"/> (H2HD)	Symptomatologie persistante après 1 an ou nécessitant un TTT médical <input type="checkbox"/> (H3LD) <input type="checkbox"/> (H3HD)
Indirecte par hématome	Symptomatologie (douleur, paresthésies) régressive en moins de 2 semaines <input type="checkbox"/> (H1LE) <input type="checkbox"/> (H1HE)	Symptomatologie (douleur, paresthésies) régressive en 2 sem. à 1 an <input type="checkbox"/> (H2LE) <input type="checkbox"/> (H2HE)	Symptomatologie persistante après 1 an ou nécessitant un TTT médical <input type="checkbox"/> (H3LE) <input type="checkbox"/> (H3HE)
<b>1.3. Autres réactions locales liées à l'insertion de l'aiguille</b>			
Blessure tendineuse	Aucune conséquence <input type="checkbox"/> (H1LF) <input type="checkbox"/> (H1HF)	Non pertinent	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LF) <input type="checkbox"/> (H3HF)
Réaction allergique locale	Aucune conséquence <input type="checkbox"/> (H1LG) <input type="checkbox"/> (H1HG)	Non pertinent	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LG) <input type="checkbox"/> (H3HG)
Infection locale	Aucune conséquence <input type="checkbox"/> (H1LH) <input type="checkbox"/> (H1HH)	Non pertinent	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LH) <input type="checkbox"/> (H3HH)
Douleur locale autre	Aucune conséquence <input type="checkbox"/> (H1LI) <input type="checkbox"/> (H1HI)	Non pertinent	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LI) <input type="checkbox"/> (H3HI)
<b>2. Effets indésirables généraux</b>			
<b>2.1. Malaise vagal</b>			
Immédiat (sur le site de don)	Symptômes subjectifs seulement (fatigue, anxiété, malaise, vertiges) <input type="checkbox"/> (H1LJ)	Perte de connaissance brève, +/- accompagnée (vomissements, perte d'urines, convulsions) <input type="checkbox"/> (H2LJ)	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LJ)
Retardé (dans les 24 heures après le don, hors site de don)	Symptômes subjectifs seulement (fatigue, anxiété, malaise, vertiges) <input type="checkbox"/> (H1HJ)	Perte de connaissance brève, +/- accompagnée (vomissements, perte d'urines, convulsions) <input type="checkbox"/> (H2HJ)	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HJ)
<b>2.2. Effets liés à une blessure vasculaire</b>			
Pseudo-anévrisme de l'artère brachiale	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HK)
Fistule artério-veineuse	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HL)
Syndrome des loges	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HM)
Thrombose de la veine axillaire	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HN)
Thrombose veineuse profonde	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HO)
<b>2.3. Atteinte cardio-vasculaire apparaissant dans les 24 h après le don :</b> <i>Nota. - Dans l'hypothèse où l'ETS est informé d'une atteinte cardio-vasculaire survenue au-delà de 24 heures, mais présentant des éléments justifiant d'une analyse d'imputabilité, une déclaration sera faite.</i>			
Angine de poitrine	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LP) <input type="checkbox"/> (H3HP)
Infarctus du myocarde	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LQ) <input type="checkbox"/> (H3HQ)
Accident vasculaire cérébral	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LR) <input type="checkbox"/> (H3HR)
<b>3. Effets indésirables liés à la procédure d'aphérèse</b>			
Réaction allergique diffuse	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LS) <input type="checkbox"/> (H3HS)
Anaphylaxie	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LT) <input type="checkbox"/> (H3HT)
Hémolyse	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LU) <input type="checkbox"/> (H3HU)
Embolie pulmonaire	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LV) <input type="checkbox"/> (H3HV)
Réaction au citrate	Paresthésies péri-orales et/ou digitales, goût métallique régressifs <input type="checkbox"/> (H1LW)	Extension de paresthésies, non résolutive à la diminution du débit de retour <input type="checkbox"/> (H2LW)	Persistance ou aggravation des signes du grade 2 malgré le traitement IV et/ou symptômes sévères : convulsion, troubles cardiovasculaires, spasme laryngé <input type="checkbox"/> (H3LW)
<b>4. Autres effets</b>	<input type="checkbox"/> (H1LY) <input type="checkbox"/> (H1HY)	<input type="checkbox"/> (H2LY) <input type="checkbox"/> (H2HY)	<input type="checkbox"/> (H3LY) <input type="checkbox"/> (H3HY)

Décision du 1er juin 2010 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'effet indésirable grave survenu chez un donneur de sang

**Destinataires : Hémovigilant, responsable régional de la collecte, personne en charge de la déclaration du sinistre.**

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT : EFFET INDESIRABLE GRAVE DONNEUR (EIGD)