

Rédacteur(s) : BONDY Tiphaine	Vérificateur(s) : HOU Geneviève (05/06/2020)	Approbateur : KHALDI Nadia (10/06/2020)
Fonction(s) : Assistante des Vigilances	Fonction(s) : Correspondant d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle Gironde	Fonction(s) : Coordonnateur des Vigilances

DECLARANT	PATIENT CONCERNE (COLLER L'ETIQUETTE)
Etablissement :	Nom de famille (Naissance) :
Service :	Nom d'usage :
Nom :	Prénom :
Prénom :	Date de naissance :
Fonction :	Sexe :
Numéro du service à contacter :	

INDICATION DE LA TRANSFUSION
- Pathologie initiale :
- Motif clinique de la transfusion :
- Critères biologiques :

PRODUIT(S) SANGUIN(S) TRANSFUSES(S) AU COURS DE L'EPISODE TRANSFUSIONNEL				
Type de PSL	Numéro de don	Heure de début	Heure de fin	Arrêt de la transfusion
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> Non

CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS			
Date de début de l'épisode transfusionnel	__/__/__	Date de fin	__/__/__
Date de survenue de l'effet indésirable	__/__/__	Heure de survenue	__ h __ mn
Date du signalement de l'effet indésirable	__/__/__		

MANIFESTATIONS OBSERVEES				
<input type="checkbox"/> Choc <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Signes d'OAP <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Erythème <input type="checkbox"/> Angioedème <input type="checkbox"/> Prurit Autres manifestations cliniques : <input type="checkbox"/> Inefficacité transfusionnelle		Avant la transfusion	Lors de l'EIR	
		T°C		
		TA		
		FC		

Traitement entrepris, évolution immédiate, commentaires :
.....
.....

BILAN INITIAL D'INCIDENT TRANSFUSIONNEL			
PSL bactériologie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Flacons pour hémocultures	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prélèvement de tubes pour le bilan d'incident	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Histamine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Tryptase T0	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		T(30min à 2h)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non