

Rédacteur(s) : RAMELIARISON Lalao / ROSSIGNOL Thomas	Vérificateur(s) : BEGUET Mathilde (06/05/2019) / KHALDI Nadia (24/05/2019)	Approbateur : LEVOIR Laure (24/05/2019)
Fonction(s) : Référente Qualité de l'Activité IHE du LBM / Biologiste médical Pau	Fonction(s) : Biologiste médicale Bordeaux / Coordinatrice des Vigilances	Fonction(s) : Responsable du LBM-NVAQ

Les modifications dans le document sont signalées par le pictogramme suivant:

Technicien recevant l'information :

Date/heure :

PATIENT

NOM DE NAISSANCE :	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :
SERVICE :	ETABLISSEMENTS DE SOINS :	

RENSEIGNEMENTS EIR

DATE :	HEURE (si notée) :		
PSL CONCERNES :	<input type="checkbox"/> CGR	<input type="checkbox"/> CPA	<input type="checkbox"/> MCP <input type="checkbox"/> PFC
NUMERO(S) DES PSL :			

INFORMATION MEDECIN

MEDECIN (nom, fonction, date et heure) :	
Sites de Pellegrin / Haut-Lévêque : scanner à l'hémovigilance nvaq-hémovigilance@efs.sante.fr	
- Fiche scannée, date et heure :	
- Contrôle réception par téléphone (si EIR reçu pendant heures d'ouverture), date et heure :	

DECISION MEDICALE

Blocage PSL associés :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Envoi (ou vérification de l'envoi) du/des PSL en BACTERIO :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Réalisation des examens immuno-hématologiques :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Ac anti-HLA :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Ac anti-plaquettes :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Nom et Visa du technicien de délivrance :

SUIVI PAR LE TECHNICIEN IHE

Fiche EIR reçue :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PSL bloqués informatiquement suite à décision médicale :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Fiche d'alerte concernant les PSL de l'EFS AQL faxée :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Tubes pour bilan EIR réceptionnés (1 EDTA + 1 sec) :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
PSL transmis en bactério <u>OU</u> réceptionné après analyse bactério	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si résultat examen direct <u>positif</u> , médecin de l'EFS prévenu :	<input type="checkbox"/> OUI	(Date et heure :)
Tubes HLA envoyés à Bordeaux (hors Limoges)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
*Pour Haut-Lévêque : → Tubes IH envoyés à Pellegrin	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
→ CGR envoyé(s) à Pellegrin pour EDCL*	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

PATIENT

NOM DE NAISSANCE :	PRENOM :	DATE DE NAISSANCE :
SERVICE :	ETABLISSEMENTS DE SOINS :	
N° EXAMEN (étiquette code-barres) :	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>	

RESULTATS EXAMENS IH

(Joindre les feuilles de travail et/ou résultats automatés)

RAI avant transfusion :	<input type="checkbox"/> POSITIVE	<input type="checkbox"/> NEGATIVE
RAI après transfusion réalisée :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
TDA après transfusion réalisé :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
EDCL* après transfusion réalisée :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Si TDA positif après transfusion :</i>		
→ Elution réalisée :	<input type="checkbox"/> OUI (ou si patient drépanocytaire)	<input type="checkbox"/> NON
→ TDA avant transfusion fait :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Sur indication du biologiste ou si suspicion d'accident ABO :</i>		
→ Groupage ABO RH-KEL :	<input type="checkbox"/> CONCORDANT	<input type="checkbox"/> DISCORDANT

* EDCL : Epreuve Directe de Compatibilité au Laboratoire

Nom et Visa du technicien IHE :

⇒ Formulaire à transmettre au correspondant d'hémovigilance EFS du site ou responsable de délivrance pour Pellegrin et Haut-Lévêque

Nom et signature du Correspondant d'hémovigilance du site ou responsable de délivrance pour Pellegrin et Haut-Lévêque :
