

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT D'EFFETS INDESIRABLES GRAVES SURVENUS CHEZ UN DONNEUR DE SANG

À ADRESSER DANS LES 8 HEURES À LA CELLULE HÉMOVIGILANCE

ET
TÉLÉCOPIER À L'EFS AU ou

• **Identification du patient :**

Nom marital :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance : / / / / / / / / / /

Sexe : féminin masculin

Unité de soins : Téléphone ligne directe :

• **Date du don :** / / / / / / / / / /

• **Date de survenue de l'effet indésirable grave :** / / / / / / / / / / **Heure :**h.....

- Pendant le don de sang

- Après le don de sang

Délai : / / jour(s) / / / heure(s) / / / minute(s)

- Si après le don du sang sur le lieu de prélèvement

en dehors du lieu de prélèvement (précisez)

• **Manifestations cliniques :**

LOCALES (à préciser)

Hématome

Réaction allergique

Réaction inflammatoire

Infection point de piqûre

Blessure artérielle

Blessure nerveuse

Autres, précisez

.....

.....

.....

GENERALES (à préciser)

Malaise vagal

Perte de connaissance

Hypotension majeure

Crise de tétanie

Convulsion

Crise d'angor / IDM

Arythmie

Embolie gazeuse

Réaction allergique générale

Autres, précisez

.....

.....

.....

• **Antécédents du donneur (pathologies et traitements éventuels)**

.....
.....
.....

• **Description et précisions relatives à l' EIG (évolution clinique, détails des items : π TA, durée PC, durée convulsions, Comptes Rendus EEG ECG, etc....)**

.....
.....
.....

• **Prise en charge du patient :**

1. Traitement instauré:

.....
.....

2. Examens complémentaires réalisés (biologie, imagerie...) et résultats :

.....
.....
.....

Formulaire de Signalement d'Effet Indésirable Grave Donneur rempli par :

Nom _____ **Prénom** _____ **Fonction** _____