

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT DES EFFETS INDESIRABLES RECEVEURS (EIR) (INCIDENT TRANSFUSIONNEL)

**ADRESSER : 1 exemplaire au correspondant d'hémovigilance de l'établissement de santé
: 1 exemplaire à l'EFS en cas de demande d'exploration à l'EFS**

Identification du patient :
(étiquette)

Nom marital :
Nom de naissance :
Prénom :
Sexe : Féminin Masculin
Date de Naissance :

Unité de soins : **Tél. ligne directe :**

Heure de réception des PSL dans le service : _____ h _____

Heure de début de transfusion : _____ h _____ Heure de fin de transfusion : _____ h _____

Date et heure de survenue de l'EIR (incident) : le : _____ / _____ / _____ à _____ h _____

EIR (Incident) survenu pendant la transfusion quantité de produit transfusé:

EIR (Incident) survenu après la transfusion délai :

Manifestations cliniques :

Frissons Nausées Vomissements* Diarrhées* Etat de choc* Syndrome hémorragique diffus Oligoanurie Douleurs (précisez)..... Autres manifestations cliniques (précisez).....	Fièvre* : T° avant :°C, après :°C Hypo / hyper TA * : TA avant :TA après : Modification du pouls * : π avant :, π après Angoisse Dyspnée (précisez) : Œdème aigu du poumon Hémoglobinurie Ictère Urticaire
--	---

*** En cas de suspicion d'effet indésirable receveur par contamination bactérienne :**

T° à 39°C ou ↑ de la T° basale > 2°C - tachycardie 120/min ou ↑ de la FC basale > 40/mn - ↑ ou ↓ de la PA systolique 30 mm de Hg
ou Diarrhées - Vomissements - Etat de choc (Cas Particulier : Gram négatif et sous température)

- Réaliser ≥ 2 séries d'hémocultures à 1 heure d'intervalle à adresser au laboratoire : (à préciser lors de l'élaboration du document)
- Envoyer le ou les P.S.L. incriminé (s) au : (à préciser lors de l'élaboration du document)
- Compléter : Heure d'expédition du PSL à (à préciser lors de l'élaboration du document): _____ h _____
 Le patient était-il sous antibiothérapie au moment de la transfusion ? : oui précisez.....
 non

Dénomination des produits transfusés : CGR Concentré de Plaquettes Plasma
Numéro d'identification du(es) produit(s) (coller étiquette) :

Transfusion à envisager : **Non** **Oui** (Immédiate différée)

Attitude thérapeutique adoptée.....

NFS effectuée (TP, TCA, Fibrine si transfusion de plasma)	oui	non
Prélèvements pour examens immuno-hématologiques effectués	oui	non
Prélèvements pour anticorps anti HLA effectués	oui	non
Hémocultures effectuées	oui	non
Culture du(es) PSL demandée	oui	non

Si oui : PSL adressés à (préciser lors de l'élaboration du document)

Hémocultures réalisées par (préciser lors de l'élaboration du document)

Autres prélèvements (à préciser) :

Signalement d'EIR (incident) rempli par :

Nom : Prénom : Fonction :

Identité et signature du médecin appelé :