

**SIGNALEMENT D'UN EFFET INDESIRABLE RECEVEUR (EIR)  
AU CORRESPONDANT D'HEMOVIGILANCE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE**



Version 19/01/2023

P A T I E N T	Identité nationale de santé du patient : <i>Coller une étiquette patient ou compléter</i>		Date .....	
	Nom de naissance .....		Heure .....	
Prénom(s) .....		Service de soins .....		N° téléphone du service .....
Date de naissance ..... / ..... / .....		Nom/Prénom du médecin .....		Nom/Prénom de l'IDE .....
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Poids ..... Kg				
INS .....				
P S L	Type de PSL : <input type="checkbox"/> CGR <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Granulocytes			
	Episode transfusionnel : N° unité (coller étiquette PSL) par ordre chronologique de transfusion			
Date de début : ___/___/___		①	②	③
Heure de début : _____h_____				Date de fin : ___/___/___
				Heure de fin : _____h_____
Identification abord veineux : KT périphérique <input type="checkbox"/> KT central <input type="checkbox"/> Chambre implantable <input type="checkbox"/> Picc-line <input type="checkbox"/> Fistule AV <input type="checkbox"/>				
M A N I F E S T A T I O N S	Date de survenue de l'EIR .....		Pathologie initiale .....	
	Heure de survenue de l'EIR .....		Critères biologiques de transfusion .....	
	<b>Avant transfusion :</b>		<b>Lors de l'effet indésirable receveur (EIR) :</b>	
	Température ..... °C		Température ..... °C	
	Pression artérielle ..... mm Hg		Pression artérielle ..... mm Hg	
	Fréquence cardiaque ..... puls/min		Fréquence cardiaque ..... puls/min	
Saturation O <sub>2</sub> ..... %		Saturation O <sub>2</sub> ..... %		
<i>Pour chaque item, cocher <b>obligatoirement</b> une case oui ou non</i>				
Choc <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Nausées <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Frissons <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Vomissements <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Toux <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Diarrhée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Dyspnée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Prurit <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Bronchospasme <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Urticaire <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Signes d'OAP <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Erythème généralisé <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Douleurs <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Angioedème (Quincke) <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
Si douleurs : préciser la localisation		Autres manifestations cliniques : préciser		
.....		.....		
.....		.....		
.....		.....		
E V O L U T I O N	Thérapeutique instaurée :		Examens demandés :	
	-		<input type="radio"/> Hémogramme <input type="radio"/> Anticorps anti-HLA	
-		<input type="radio"/> Bilan IH (RAI, EDA ± élution...) <input type="radio"/> Tryptase		
-		<input type="radio"/> Bilirubine, haptoglobine <input type="radio"/> Dosage d'IgA		
-		<input type="radio"/> Hémocultures (2 séries) <input type="radio"/> ECBU		
-		<input type="radio"/> Examen bactériologique de PSL		
Evolution clinique : .....		<input type="radio"/> Autres : .....		
.....		.....		
E N V O I	<b>Joindre le cas échéant la fiche de surveillance transfusionnelle</b>			
	<b>Signalement au Correspondant d'Hémovigilance de l'établissement de santé dans les 8 heures :</b>			
	Nom du CHV .....		Tel du CHV .....	
	<b>Signalement au site EFS référent dès que possible pour blocage des PSL issus du (des) même(s) don(s)</b>			
EFS Amiens Fax 03 28 54 78 10	EFS Creil Fax 03 28 54 79 13	EFS Dunkerque Fax 03 28 54 23 95	EFS Lens Fax 03 28 54 22 50	
EFS Lille Fax 03 28 54 20 23	EFS Saint Quentin Fax 03 28 54 79 30	EFS Valenciennes Fax 03 28 54 23 30	EFS Hauts-de-France-Normandie Tél 03 28 54 22 22	

- ✓ Le débranchement d'une poche de PSL doit être réalisé  **systématiquement**  selon la  **technique du « double nœud »** .
- ✓ Avant élimination, la (les) poche(s) avec leur(s) dispositif(s) de transfusion obturé(s) et clampé(s) ainsi que le(s) support(s) de contrôle de compatibilité, sont conservés pour une durée minimale de 4 heures après la fin de l'épisode transfusionnel, selon des procédures spécifiques à chaque établissement de santé.

Une fois l'arrêt de la transfusion effectué (roulette, ou robinet, ou clamp) :

- 1- Clamper avec la roulette du clamp si ce n'est déjà fait (ce clamage est insuffisant pour l'analyse bactériologique du PSL)
- 2- Laisser impérativement la poche sur la potence  **pour éviter tout reflux.**
- 3- Débrancher la tubulure de perfusion du patient.
- 4- Boucher l'extrémité (bouchon ou à défaut les robinets en T) pour éviter les projections.
- 5- Effectuer avec la tubulure un premier nœud ( **bien serré** ) de quelques centimètres sous le filtre.
- 6- Effectuer un deuxième nœud à l'extrémité distale de la tubulure.
- 7- La poche est prête à être conservée pour une exploration bactériologique.
- 8- La poche peut être décrochée de la potence.

- ✓ Un effet indésirable receveur (EIR) est une réaction nocive survenue chez un receveur de produits sanguins labiles (PSL) et liée ou susceptible d'être liée à l'administration de ce(s) dernier(s).
- ✓ Tout professionnel de santé qui constate ou a connaissance d'un effet indésirable survenu chez un receveur de PSL le signale, sans délai, au correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'établissement de santé dans lequel a été administré ce PSL ou à défaut au correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'établissement de transfusion sanguine.
- ✓ Le signalement est effectué sans délai, c'est-à-dire  **au plus tard dans les 8 heures** , par tous les moyens disponibles localement.
- ✓ L'établissement de transfusion sanguine est informé dans les meilleurs délais pour prendre les mesures nécessaires.