



Créé par : _____ le _____ Dernière mise à jour par : _____ le _____ Dossier fermé ID (cas) : _____

INCIDENT (Remplir les sections 1,3 et 6 avant, remplir toutes les sections pendant/après)

RÉACTION INDÉSIRABLE (Remplir toutes les sections)

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT N° DE TÉL. POSTE
ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT
N° CIVIQUE NOM TYPE B.P.
VILLE PROVINCE CODE POSTAL
CODE DE L'HÔPITAL

1. IDENTIFICATION DU TRANSFUSÉ
NOM DE FAMILLE PRÉNOM
NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ NUMÉRO DE LA CARTE DE L'HÔPITAL
ADRESSE DU TRANSFUSÉ
N° CIVIQUE NOM TYPE APP. B.P.
VILLE PROVINCE CODE POSTAL
N° DE TÉLÉPHONE (DOMICILE) N° DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL) POSTE
Date de naiss. Jour Mois Année Code postal :
Sexe : Masculin Féminin Autre Non précisé Inconnu

2. ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX
Grossesses/Fausse couches Oui <3 mois Oui >3 mois Non Ne sais pas
Transfusions Oui <3 mois Oui >3 mois Non Ne sais pas
Diagnostic principal :
Diagnostic général :
Immunodéprimé Oui Non Ne sais pas
Préciser :
Gr. sanguin : ABO Rh
Autre Décrire :

3. DATE, HEURE ET LIEU DE SURVENUE DE L'INCIDENT/LA RÉACTION INDÉSIRABLE
Date/heure/lieu de survenue Jour Mois Année Heure (hh:mm) Lieu : Date/heure déclarée Jour Mois Année Heure (hh:mm)
3a. Information sur l'incident
3b. Utilisation d'équipement et prémédication
3c. Déclaration d'une infection possiblement reliée à la transfusion

4. MANIFESTATIONS CLINIQUES ET RÉSULTATS DE LABORATOIRE
Aucune P. avant : P. après :
Fièvre T° avant : T° après :
Hypotension TA avant : TA après :
Hypertension TA avant : TA après :
Oligurie Hémorragie diffuse
Urticaire Nausées/vomissements
Ictère Tachycardie Frissons/raideurs
Dyspnée État de choc
Décès Autre éruption cutanée
Douleur, préciser :
Hémoglobininurie
Autre, préciser :

5. PRODUITS SUSPECTS
Table with columns: Produit sanguin transfusé, Modification du produit, Groupe de l'unité, Code Ctre de transf., N° de l'unité ou du lot, Date de péremption, Quantité administrée, Début - transfusion, Fin - transfusion.

Remarques :





ID (cas) : _____

INCIDENT (Remplir les sections 1,3 et 6 avant, remplir toutes les sections pendant/après)

RÉACTION INDÉSIRABLE (Remplir toutes les sections)

1. IDENTIFICATION DU TRANSFUSÉ				
NOM DE FAMILLE	PRÉNOM			
NUMÉRO DE LA CARTE SANTÉ	NUMÉRO DE LA CARTE DE L'HÔPITAL			
ADRESSE DU TRANSFUSÉ				
N° CIVIQUE	NOM	TYPE	APP.	B.P.
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL	
N° DE TÉLÉPHONE (DOMICILE)		N° DE TÉLÉPHONE (TRAVAIL)		POSTE
()		()		()
Date de naiss.	Jour	Mois	Année	Code postal :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Non précisé <input type="checkbox"/> Inconnu				

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT			
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	N° DE TÉL.	POSTE	
()			
ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT			
N° CIVIQUE	NOM	TYPE	B.P.
VILLE		PROVINCE	CODE POSTAL
CODE DE L'HÔPITAL			

6. MESURES PRISES							
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Arrêt de la transfusion	<input type="checkbox"/> Supplément d'O ₂	<input type="checkbox"/> Soins intensifs requis	<input type="checkbox"/> Hémoculture			
<input type="checkbox"/> Antihistaminiques	<input type="checkbox"/> Stéroïdes	<input type="checkbox"/> Vasopresseurs	<input type="checkbox"/> Diurétiques	<input type="checkbox"/> Autre			
<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Antipyrétiques	<input type="checkbox"/> Analgésiques	<input type="checkbox"/> Culture du produit	Préciser : _____			
Nom (en caractères d'imprimerie)		<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Chargé de sécurité transfusionnelle	<input type="checkbox"/> Technologiste	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____		
Signature :		N° de téléphone	Poste	Date :	Jour	Mois	Année
		()					

7. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ET CONCLUSION								
Réaction allergique :		<input type="checkbox"/> Mineure	<input type="checkbox"/> Grave/anaphylactique/anaphylactoïde	<input type="checkbox"/> Réaction fébrile non hémolytique				
Signes et symptômes : _____								
Incompatibilité :		Incompatibilité préexistante :	<input type="checkbox"/> ABO	Préciser : _____				
			<input type="checkbox"/> Autre	Préciser : _____				
Réaction hémolytique :		<input type="checkbox"/> Aiguë	<input type="checkbox"/> Retardée					
<input type="checkbox"/> Infection virale	Préciser : _____	Donneur :	<input type="checkbox"/> Infecté	<input type="checkbox"/> Non infecté	<input type="checkbox"/> Inconnu			
<input type="checkbox"/> Infection bactérienne	Préciser genre/espèce : _____	Donneur :	<input type="checkbox"/> Infecté	<input type="checkbox"/> Non infecté	<input type="checkbox"/> Inconnu			
<input type="checkbox"/> Autre infection	Préciser : _____	Donneur :	<input type="checkbox"/> Infecté	<input type="checkbox"/> Non infecté	<input type="checkbox"/> Inconnu			
<input type="checkbox"/> Réaction du greffon vs hôte	<input type="checkbox"/> TRALI	<input type="checkbox"/> Hémochromatose	<input type="checkbox"/> Surcharge volémique	<input type="checkbox"/> Purpura post-tranfusionnel	<input type="checkbox"/> Réaction Hypotensive			
<input type="checkbox"/> Méningite aseptique	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____						
Imputabilité de l'événement indésirable à la transfusion :	<input type="checkbox"/> Certaine <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Possible <input type="checkbox"/> Douteuse <input type="checkbox"/> Exclue <input type="checkbox"/> Non déterminée							
Gravité de l'événement indésirable :	<input type="checkbox"/> Degré 1 (mineure) <input type="checkbox"/> Degré 2 (grave) <input type="checkbox"/> Degré 3 (menace vitale) <input type="checkbox"/> Degré 4 (décès) <input type="checkbox"/> Non déterminée							
Préciser les circonstances du décès : _____								
Conséquences de l'événement indésirable :	<input type="checkbox"/> Décès	Imputabilité du décès à la transfusion :	<input type="checkbox"/> Certaine	<input type="checkbox"/> Probable	<input type="checkbox"/> Possible	<input type="checkbox"/> Douteuse	<input type="checkbox"/> Exclue	<input type="checkbox"/> Non déterminée
		<input type="checkbox"/> Séquelles graves ou à long terme	<input type="checkbox"/> Peu ou pas de séquelles	<input type="checkbox"/> Non déterminé				
Intervention hospitalière en cause :	Préciser :		Mesures prises :					
Équipement/matériel :	Préciser (indiquer les noms de marque/les numéros de lot/modèle) :		Mesures prises :					
Suivi médical :	Traitement ou mesures préventives :		Mesures prises :					
Fournisseur/fabricant avisé :	<input type="checkbox"/> Oui	Nom de la personne contactée : _____	Date et heure :	Jour	Mois	Année	Heure (hh:mm)	
État d'avancement de l'enquête :		<input type="checkbox"/> Enquête en cours	<input type="checkbox"/> Enquête terminée	<input type="checkbox"/> Enquête impossible à réaliser, Raison :				

8. REMARQUES							
Médecin responsable de la déclaration ou personne désignée :		Nom de famille	Prénom	Signature :			
Numéro de téléphone :		Poste	Date et heure :	Jour	Mois	Année	Heure (hh:mm)
()							