



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
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, 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)

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 : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Non précisé <input type="checkbox"/> Inconnu			

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"/> Antihistaminiques	<input type="checkbox"/> Stéroïdes	<input type="checkbox"/> Vasopresseurs	<input type="checkbox"/> Hémo-culture
<input type="checkbox"/> Antibiotiques	<input type="checkbox"/> Antipyrétiques	<input type="checkbox"/> Analgésiques	<input type="checkbox"/> Diurétiques
		<input type="checkbox"/> Culture du produit	<input type="checkbox"/> Autre
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 : <input type="checkbox"/> ABO <input type="checkbox"/> Nouveaux allo-anticorps			
Incompatibilité préexistante : <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 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"/> Méningite aseptique	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/> Purpura post-transfusionnel
<input type="checkbox"/> Réaction Hypotensive			
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 <input type="checkbox"/> 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 : _____	
Équipement/matériel :		Préciser (indiquer les noms de marque/les numéros de lot/modèle) : _____	
Suivi médical :		Traitement ou mesures préventives : _____	
Fournisseur/fabricant avisé :		Date et heure : _____	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Nom de la personne contactée : _____	
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 :		Signature :	
Nom de famille	Prénom		
Numéro de téléphone : ()		Poste	Date et heure : _____
		Jour	Mois
		Année	Heure (hh:mm)