

FICHE D'ALERTE

SIGNALEMENT DES REACTIONS TRANSFUSIONNELLES LIEES A L'INJECTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES

| | |
|----------------------------------|---------|
| NOM..... NOM de jeune fille..... | SERVICE |
| Prénom..... | |
| Date de naissance..... | |

NOM et qualité du déclarant :

MEDECIN du service à contacter :

PRODUIT(S) SANGUIN(S) LABILE(S) SUSCEPTIBLE(S) D'AVOIR CAUSE L'INCIDENT :

| dénomination des produits transfusés | numéro du don |
|--------------------------------------|---------------|
| | |
| | |
| | |

① - INCIDENT IMMEDIAT (apparu dans les 8 jours)

DATE ET HEURE DE L'INCIDENT :

DELAJ entre le début de la transfusion et l'incident.....

MANIFESTATIONS CLINIQUES :

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| frissons | <input type="checkbox"/> | fièvre | <input type="checkbox"/> |
| nausées/vomissements | <input type="checkbox"/> | angoisse | <input type="checkbox"/> |
| douleur | <input type="checkbox"/> | dyspnée | <input type="checkbox"/> |
| choc | <input type="checkbox"/> | oedème aigu du poumon | <input type="checkbox"/> |
| oligo-anurie | <input type="checkbox"/> | hypo tension | <input type="checkbox"/> |
| syndrome hémorragique diffus | <input type="checkbox"/> | hémoglobinurie | <input type="checkbox"/> |
| autre manifestation | <input type="checkbox"/> | ictère | <input type="checkbox"/> |
| | | urticaire ou manifestation allergique | <input type="checkbox"/> |

② - INCIDENT RETARDE

DELAJ entre la transfusion et l'incident :

- ☛ infection
- ☛ sérologie post-transfusionnelle positive avec sérologie pré-transfusionnelle négative ou inconnue
- ☛ apparition d'Ac anti érythrocytaires irréguliers (RAI +)

A retourner au Correspondant d'Hémovigilance de l'Etablissement de Soins dans les plus brefs délais.