

FICHE D'INCIDENT TRANSFUSIONNEL RECEVEUR (FIT)

OCTOBRE 2015

VERSION 1

CODE : LCBT-HV FIT 002

DOCUMENTS ACTIVITÉS TRANSFUSIONNELLES

Numéro de la fiche

--	--	--

Code site ES

--	--

Année

--	--	--

Numéro d'ordre

FICHE D'INCIDENT TRANSFUSIONNEL RECEVEUR (FIT)

1. INFORMATION PATIENT

1.1 - Date de naissance : /..... /..... 1.2- Sexe : Masculin Féminin

1.3 - Antécédents:

Grossesse, fausse couche, avortement Oui Non
 Antécédents transfusionnels Oui Non
 Allo-immunisation préexistante Oui Non
 Antécédent d'IT Oui Non Si oui : numéro de la FIT :

1.4 - Indications de la transfusion :

1.5 - Lieu de la transfusion : chirurgie médecine gynécologie autres

2. CHRONOLOGIE DES EVENEMENTS

2.1- Episode transfusionnel : Date de début /..... /..... Heure de début h mn

2.2 - Effet indésirable : Date de survenue /..... /..... Heure de survenue h mn

2.3 - Date de signalement au correspondant d'hémovigilance : /..... /..... Date de déclaration /..... /.....

3. MANIFESTATIONS

3.1 - Manifestations cliniques :

Température avant transfusion : °C Température lors de l'IT : °C
 PA avant transfusion :/..... mmHg PA lors de l'IT :/..... mmHg
 FC avant transfusion : p/min FC lors de l'IT : p/min

<input type="checkbox"/> Choc <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Douleurs	<input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Bronchospasme <input type="checkbox"/> Signes d'OAP	<input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Erythème <input type="checkbox"/> Angioedème
<input type="checkbox"/> Autres manifestations cliniques : 1. 2.			

3.2 - Manifestations biologiques :

<p>Hémoglobine Avant transfusion : g/dL Après transfusion : g/dL</p> <p>Plaquette Avant transfusion : G/L Après transfusion : G/L</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs Direct positif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Hémoglobinurie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Apparition d'allo-anticorps <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Taux de l'haptoglobine • Découverte d'un marqueur viral <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, spécifier: • Autres
---	--

4- GRAVITÉ DE L'EFFET INDESIRABLE 0 1 2 3 4

0 : sans manifestation clinique ou biologique 1 : non sévère 2 : sévère 3 : menace vitale immédiate 4 : décès

5- ORIENTATION(S) DIAGNOSTIQUE(S)

Orientation diagnostique envisagéeCode selon liste IT :

Certitude du diagnostic : Possible Probable Certain NSP

6 - DELIVRANCE ET CONTROLES AVANT TRANSFUSION

6.1 - Délivrance par

CTS de l'ES CTS autres Etablissements..... Code de l'ES :

Urgence Vitale Oui Non

6.2 - Double contrôle des vérifications pré-transfusionnelles au lit du malade et leur concordance: identités/groupes/patient/documents et PSL transfusé : Oui Non

6.3 - Contrôle ultime au lit du malade fait par deux personnes : Oui Non

Concordance identités/groupes/patient/documents et PSL transfusé Oui Non

Compatibilité ABO pour les CGR Oui Non

Technique et interprétation correctes Oui Non

7- CONTEXTE TRANSFUSIONNEL Homologue Autologue

7.1 - Produit(s) sanguin(s) labile(s) de l'épisode transfusionnel incriminé

Ordre Transfusion	Dénomination du produit (Code produit et qualification)	IT
1		<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>

Pour le PSL pour lequel la colonne IT est cochée : Date du prélèvement :/...../..... Sexe donneur M F

Heure du début de la transfusion : H mn

7.2 - Mesures préventives oui non si oui :

Effet indésirable pouvant impliquer d'autres receveurs : Oui Non Inconnu

7.3 - Suspicion de matériel défectueux oui non

8- INVESTIGATIONS ET CONCLUSION

8.1 - Explorations complémentaires

Bactériologiques :

• Hémoculture Patient/ PSL : Culture en cours Culture non réalisée Hémoculture négative Hémoculture positive

Si Hémoculture positive : Bactérie Agent responsable Contamination

Si culture PSL positive : Bactérie Agent responsable Contamination

Immunohématologiques : Groupe ABO/RH1 Patient :Groupe ABO/ RH1 PSL :
RAI pré transfusionnelle RAI post transfusionnelle
Autres investigations réalisées, précisez :

Autres explorations

8.2 - Imputabilité

Non Evaluable (NE) Exclue-improbable (0) Possible (1) Probable (2) Certaine (3)
 Pathologie intercurrente pouvant expliquer l'orientation diagnostique choisie :

8.3 - Remarques éventuelles et conclusions des correspondants d'hémovigilance

.....
.....
.....

8.4 - Enquête Transfusionnelle

Etat de l'enquête : En cours Terminée Non réalisée
Evolution clinique : Rétablissement complet Séquelles mineures Séquelles graves Décès

8.5 - Signature des correspondants

Site de l'Hôpital :

Date :/...../.....

Nom - Prénom :

Tél :

Qualification : Titulaire Remplaçant

CTS Distributeur:

Date :/...../.....

Nom - Prénom :

Tél :

Qualification : Titulaire Remplaçant

Une copie de cette fiche approuvée doit être insérée dans le dossier du patient transfusé, conservée selon la réglementation en vigueur. De plus, dans un contexte de protocole liant l'établissement de santé et son centre de transfusion distributeur, les deux établissements sont tenus de conserver chacun un exemplaire de cette fiche.