

FICHE D'EFFET INDÉSIRABLE GRAVE DONNEUR

OCTOBRE 2015

VERSION 1

CODE : LCBT-HV FEIGD 005

DOCUMENTS ACTIVITÉS TRANSFUSIONNELLES

FICHE D'EFFET INDESIRABLE GRAVE DONNEUR

1. DONNEUR

1.1 - Date de naissance : / .../ **1.2 - Sexe :** M F **1.3 - Poids :** kg **1.4 - Taille :** cm
1.5 - Statut du donneur : Premier don Premier don pour ce type de don Donneur connu
Antécédents d'effet indésirable oui non

2. DON

2.1 - Etablissement préleveur :

CTS : Site fixe Equipe mobile à terre

2.2 - Type de don en relation avec la survenue de l'effet indésirable grave donneur :

Type de don

Dans le cas d'une procédure d'aphérèse, préciser les dispositifs médicaux utilisés :

Séparateur d'aphérèse :

DM de prélèvement (Nom, marque, fabricant ou distributeur).....

3. EFFET INDESIRABLE

3.1 - Chronologie des évènements :

Date du don : / .../

Heure de début du don : h mn Heure de fin du don : h mn

Date de survenue de l'EIGD : / .../ Heure survenue : h mn

Date de découverte de l'effet indésirable : / .../

Date de signalement au correspondant d'hémovigilance : / .../

Moment de survenue de l'EIG : pendant le prélèvement après le prélèvement

3.2 - Lieu de survenue de l'EIG : sur le lieu de prélèvement hors du lieu de prélèvement, préciser.....

3.3 - Informations sur le don : Volume prélevé : mL Don interrompu : Oui Non

3.4 - Gravité : 1 : non déclarable 2 : modérée 3 : sévère 4 : décès

3.5 - Symptômes ou signes cliniques :

1 :

2 :

3 :

3.6 - Effets indésirables (cf. Liste et codification des EIGD) :

Effet indésirable :

Code EIGD :

3.7 - Conséquences éventuelles de l'effet indésirable : Aucune

Traumatisme Type et localisation :

Autre Précisez :

3.8 - Modalités de prise en charge immédiate par les équipes du CTS :

Traitement instauré sur le lieu de prélèvement : Oui Non

Si oui, précisez, notamment manœuvres, compensation volumique, médicaments et posologie :

.....

3.9 - Modalités de prise en charge complémentaire : Consultation médicale : Oui Non

Si oui, au CTS hors du CTS, précisez :

Intervention des services d'urgences : Oui Non

Si oui, sur le lieu de prélèvement hors du lieu de prélèvement

Hospitalisation : Oui Non

4. REMARQUES ET COMMENTAIRES

4.1 - Remarques et commentaires :

.....

.....

4.2 - Enquête : en cours terminée non réalisée non réalisable

4.3 - Imputabilité : Non Evaluable (NE) Exclue-Improbable (0) Possible (1) Probable (2) Certaine (3)

4.4 - Evolution : Sans séquelles Séquelles mineures Séquelles majeures Décès

5. SIGNATURE

CHES Préleveur :

Date : / /

Nom - Prénom :

Tél :

Qualification : Titulaire Remplaçant

Une copie de cette fiche doit être insérée dans le dossier du Donneur, et conservée selon la réglementation en vigueur