

# 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