

**DEMANDE D'ANALYSE MICROBIOLOGIQUE DU PRODUIT SANGUIN
INCRIMINÉ DANS LE CADRE D'UNE SUSPICION D'INCIDENT
TRANSFUSIONNEL PAR CONTAMINATION BACTÉRIENNE**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS*

Établissement de soins :	Prescripteur
Service :	Tél : Fax
N° tél du service :	Correspondant de l'hémovigilance : Tél : Fax :

RENSEIGNEMENTS PRODUITS SANGUINS*

• TYPE

Concentré de globules rouges (CUGL) :

Concentré de plaquettes (COPL) :

Plasma frais (PLAS) :

Cellules souches hématopoïétiques (BMOP) :

Numéro(s) de don :

Date de l'EIR (Effet Indésirable Receveur) :

Heure de l'EIR :

Date de la Transfusion :

Heure du début de Transfusion :

Produit sanguin conservé à : T° ambiante
+4°C

IDENTITÉ RECEVEUR*

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

MANIFESTATIONS CLINIQUES*

Frissons	<input type="checkbox"/>	Choc	<input type="checkbox"/>
Inefficacité transfusionnelle	<input type="checkbox"/>	Désaturation	<input type="checkbox"/>
Ictère	<input type="checkbox"/>	PaO ₂ :	kPa
Urines rouges	<input type="checkbox"/>	SpO ₂ :	%
Oligo – anurie	<input type="checkbox"/>		
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	Dyspnée	<input type="checkbox"/>
		Toux	<input type="checkbox"/>
Hémorragies	<input type="checkbox"/>	Bronchospasme	<input type="checkbox"/>
Céphalées	<input type="checkbox"/>	Signes OAP	<input type="checkbox"/>
		Précisez :	
Malaise, angoisse	<input type="checkbox"/>	Réaction allergique	<input type="checkbox"/>
Douleurs	<input type="checkbox"/>	Urticaire	<input type="checkbox"/>
Précisez :		Prurit	<input type="checkbox"/>
Diarrhée	<input type="checkbox"/>	Erythème	<input type="checkbox"/>
Nausées, vomissements	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>		
Précisez :			
EIR pendant la transfusion	<input type="checkbox"/>	ou après transfusion	<input type="checkbox"/>
		Délai :	

*A compléter par l'Établissement de soins

CONTEXTE PATHOLOGIQUE*

- ANTÉCÉDENTS

Hémocultures positives avant transfusion : OUI NON
Si oui, précisez la nature de la bactérie :

Fièvre pré-existante à l'EIR ? OUI NON
Si oui, précisez :

Hémolyse pré-existante connue ? NON OUI
Si oui, précisez :

Saignement en cours ? NON OUI
Si oui, précisez :

Thérapeutique mise en œuvre suite à l'EIR :

Antibiothérapie en cours ? OUI NON
Si oui, précisez la nature de l'antibiotique :

Évolution clinique :

RENSEIGNEMENTS PRODUITS SANGUINS À RECEPTION

État de la poche à réception : Intégrité de la poche Vide
Pleine

Nœuds : 0
1
2