

**DEMANDE D'ANALYSE MICROBIOLOGIQUE
DE PRODUIT SANGUIN INCRIMINÉ
DANS LE CADRE D'UN ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE RECEVEUR (EIR)**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS*

Établissement de soins :

Prescripteur :

Tél. :

Service :

Tél. :

Fax :

Correspondant d'hémovigilance :

Tél. :

RENSEIGNEMENTS PRODUITS SANGUINS (PSL)*

coller si possible les étiquettes d'identification

TYPE de PSL

Concentré de globules rouges (CUGL)
Concentré de plaquettes (COPL)
Plasma frais (PLAS)

Numéro(s) de don(s) :

Date de l'EIR :

Heure de l'EIR :

Produit sanguin conservé à

T° ambiante + 4°C

IDENTITÉ DU PATIENT TRANSFUSÉ (RECEVEUR)*

Coller si possible l'étiquette patient

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : M F

HÉMOCULTURES *

Hémocultures avant transfusion : OUI NON

Si résultat positif, préciser l'identification du microorganisme :

Section réservée au service de Bactériologie

**ÉTAT DU PRODUIT SANGUIN
À RÉCEPTION DANS LE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE**

État de la poche à réception : Intégrité de la poche Vide
Nœuds : 0 Pleine
1
2

*À compléter par l'établissement de soins