

Adresse ou cachet de l'hôpital/de la clinique :

Réception Swissmedic (ne pas remplir s.v.p.)

Annonce Réaction Transfusionnelle No.:

Responsable Hémovigilance No.:

(les numéros seront attribués / remplis par Swissmedic)

Initiales du patient /	Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	En lieu et place des données du patient, prière d'indiquer pour toute question le code / no de référence - interne - de votre hôpital		
Prénom Nom	Jour Mois Année		<input type="checkbox"/> CE	<input type="checkbox"/> PFC (quarantaine)	<input type="checkbox"/> Plaquettes de sang complet
			<input type="checkbox"/> Sang autologue	<input type="checkbox"/> PFC virus-inactivé SD	<input type="checkbox"/> Plaquettes d'aphérèse
Produits sanguins administrés					Inact. pathogènes <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Numéro du don	<input type="checkbox"/> voir liste ajoutée	

Heure de la transfusion	Date	Heure De	à
Heure de la réaction transfusionnelle	Date	Heure De	à
Volume de produit sanguin transfusé		
Température °C	avant la transfusion	après la réaction:	
Tension artérielle	avant la transfusion	après la réaction:	
Pouls	avant la transfusion	après la réaction:	
Transfusion au cours d'une anesthésie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

Manifestation clinique de la réaction transfusionnelle

<input type="checkbox"/> Fièvre	<input type="checkbox"/> Urticaire/Démangeaisons/Exanthème	<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Ictère
<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Hypotension artérielle (Chute TA)	<input type="checkbox"/> Tachycardie / Arythmie	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale
<input type="checkbox"/> Nausées / Vomissements	<input type="checkbox"/> Perte de connaissance / Collapsus	<input type="checkbox"/> Bradycardie	<input type="checkbox"/> Diathèse hémorrag.
<input type="checkbox"/> Douleurs région rénale	<input type="checkbox"/> Choc	<input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques	<input type="checkbox"/> Purpura
<input type="checkbox"/> Hémoglobinurie	<input type="checkbox"/> Hypoxie	<input type="checkbox"/> Crampes / Raideurs	<input type="checkbox"/> Autres symptômes
<input type="checkbox"/> Dyspnée / Essoufflement	<input type="checkbox"/> Oedème du poumon	

Gravité de la réaction transfusionnelle

1. non sévère 2. sévère / atteinte irréversible 3. menace vitale 4. décès

Informations complémentaires concernant l'incident: (au besoin joindre une feuille supplémentaire)

.....

Données cliniques

Diagnostic principal

Allergie	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquelles
Immunosuppression	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquelles
Antécédents transfusionnels	<input type="checkbox"/> inconnu	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui, lesquels

Indication à la transfusion

Transfusion de CE: hémoglobine avant la transfusion g/l	après la transfusion	g/l
Transfusion de CP: thrombocytes avant la transfusion G/l	après la transfusion	G/l
Prémédication	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, avec		

Traitement médicamenteux

.....

Vérification de la documentation au lit du malade lors de l'apparition de la réaction transfusionnelle

Discordances non oui, lesquelles (au besoin utiliser une feuille supplémentaire)

Annonce Réaction Transfusionnelle No.:
numéros seront attribués / remplis par Swissmedic

Responsable Hémovigilance No.: (les

Initiales du patient /	Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	En lieu et place des données du patient, prière d'indiquer pour toute question le code / no de référence interne de votre hôpital
Prénom Nom	Jour Mois Année		

Examens de laboratoire (n.f.= non fait)

Investigations immuno-hématologiques feuille de résultats en annexe

groupe sanguine (patient et prod. sanguin) : n.f. test de Coombs (poly-, monospéc., élution) : n.f.

recherche/identification anticorps : n.f. test de compatibilité : n.f.

En cas de suspicion d'hémolyse:

Hb libre dans le plasma mg/l n.f. Bilirubine totale µmol/l n.f. Haptoglobineg/l n.f.

Hb dans l'urine n.f. LDH UI/l n.f.

En cas d'augmentation de la température >1°C et une température >38°C:

Patient: leucocytesG/l n.f. hémocultures n.f.

Produit sanguin: coloration de Gram n.f. culture n.f.

En cas de réaction anaphylactique: échantillon prétransfusionnel ou 7 jours après transfusion)

détermination des IgA: Taux d'IgA n.f.

En cas de symptômes respiratoires: cliché thoracique

Résultat Infiltrat radiologique bilatéral oui non n.f.

En cas de suspicion de TRALI: Recherche d'anticorps anti-HLA et anti-HNA chez :

le donneur : le receveur : ev. cross-match : n.f.

feuille de résultats en annexe n.f.

Autres résultats

Classification de la réaction transfusionnelle (RT)

<input type="checkbox"/> RTFNH (RT fébrile, non hémolytique)	<input type="checkbox"/> TRALI (transfusion related lung injury)
<input type="checkbox"/> Réaction allergique	<input type="checkbox"/> Allo-immunisation
<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> anaphylactoïde <input type="checkbox"/> anaphylactique	<input type="checkbox"/> Purpura post-transfusionnel
<input type="checkbox"/> RT hémolytique aiguë	<input type="checkbox"/> GvHD post-transfusionnelle
<input type="checkbox"/> RT hémolytique différée	<input type="checkbox"/> Hémosidérose
<input type="checkbox"/> Infection transmise par la transfusion	<input type="checkbox"/> RT hypotensive
<input type="checkbox"/> bactérienne <input type="checkbox"/> virale <input type="checkbox"/> parasitaire <input type="checkbox"/> prions	<input type="checkbox"/> Erreur de transfusion (evtl. aussi remplir le formulaire Erreur transfusionnelle / Near Miss)
<input type="checkbox"/> Surcharge volémique	<input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Dyspnée associée à la transfusion	

Relation éventuelle avec la transfusion (imputabilité)

0 non évaluable

1 exclue / douteuse La réaction est plutôt due à une autre cause

2 possible La réaction pourrait être due soit à la transfusion soit à une autre cause

3 probable La réaction ne semble pas pouvoir être expliquée par une autre cause

4 certaine L'enquête démontre que la réaction est due à la transfusion

Cas particuliers: mesures envisagées au cas où le patient nécessite à nouveau une transfusion de composants sanguins

.....

Le centre régional de transfusion	Responsable en hémovigilance à l'hôpital
fut averti le: date: heure:	date signature

Interprétation / remarques du centre de transfusion (producteur)

.....

date signature

Suivi des modifications

Version	Valable et définitif à partir du	Modifié sans changement de version	Description, remarques (rédigées par l'auteur)	Paraphe de l'auteur (initiales)
		16.09.14	Numéros de téléphone et de fax actualisés en pied de page, nouveau suivi des modifications inséré dans le document, titre du document adapté dans l'en-tête	sel