

Numéro de la fiche :

I	G
---	---

Préfixe

--	--	--	--

Code Site ETS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code ES (Finess)

--	--

Année

--	--	--	--

Numéro d'ordre

## FICHE D'INCIDENT GRAVE DE LA CHAÎNE TRANSFUSIONNELLE

### 1- Incident ayant motivé la déclaration

#### 1.1 Lieu de survenue :

Type d'entité : .....

Entité : .....

Précisez : .....

#### 1.2 Lieu de découverte :

Type d'entité : .....

Entité : .....

Précisez : .....

#### 1.3 Nature de l'incident ayant motivé la déclaration :

.....

.....

.....

Précisez : .....

Dans le cas où un patient (qu'il ait été transfusé ou non) ou un donneur est impliqué dans l'incident, cocher cette case

1.4 Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  imprécise

1.5 Sexe :  M  F

#### 1.6 Lieu de prise en charge :

Chirurgie	Médecine	Autre
<input type="checkbox"/> Bloc opératoire <input type="checkbox"/> Salle de soins post-interventionnelle <input type="checkbox"/> Réanimation chirurgicale <input type="checkbox"/> Chirurgie : .....	<input type="checkbox"/> Réanimation médicale <input type="checkbox"/> Médecine : .....	<input type="checkbox"/> Gynécologie <input type="checkbox"/> Obstétrique <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Services des urgences <input type="checkbox"/> SMUR <input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/> Non renseigné		

#### 1.7 Mode de prise en charge :

- Hospitalisation conventionnelle
- Hospitalisation de jour
- Hospitalisation ambulatoire
- Hospitalisation à domicile
- Centre de santé
- Centre de dialyse
- Autre

### 2- Investigations

#### 2.1 Chronologie des événements

Date de survenue : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  imprécise

Heure de survenue : \_\_ h \_\_ mn  imprécise

Date de découverte de l'incident : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  imprécise

Date de signalement au correspondant d'hémovigilance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_  imprécise

Date de déclaration : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

#### 2.2 Motifs de déclaration

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Effet indésirable donneur associé à l'incident | <input type="checkbox"/> Transfusion réalisée  | <input type="checkbox"/> Gravité potentielle  |
| <input type="checkbox"/> Effet indésirable patient associé à l'incident | <input type="checkbox"/> Incident répétitif    | <input type="checkbox"/> PSL avant libération |
| <input type="checkbox"/> Absence d'étape bloquante ultérieure           | <input type="checkbox"/> Incident exceptionnel | <input type="checkbox"/> Autre                |

Si autre précisez : .....

.....



Numéro de la fiche :

I	G
---	---

Préfixe

--	--	--	--

Code Site ETS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code ES (Finess)

--	--

Année

--	--	--	--

Numéro d'ordre

**3- Résultats de l'enquête**

**3.1 Etablissements concernés dans la déclaration**

Etablissement de santé : .....

Site transfusionnel : .....

**3.2 Défaillances observées**

N°	Défaillance(s) de la chaîne transfusionnelle où est survenu l'incident	Défaillance observée liées à
1	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Donneur ou patient <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM, réactifs, anticoagulants) <input type="checkbox"/> Institution
2	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Donneur ou patient <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM, réactifs, anticoagulants) <input type="checkbox"/> Institution
3	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Donneur ou patient <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM, réactifs, anticoagulants) <input type="checkbox"/> Institution
4	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Donneur ou patient <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM, réactifs, anticoagulants) <input type="checkbox"/> Institution
5	..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Donneur ou patient <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM, réactifs, anticoagulants) <input type="checkbox"/> Institution

Précisez :

.....  
.....

Numéro de la fiche :

I	G
---	---

Préfixe

--	--	--	--

Code Site ETS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code ES (Finess)

--	--

Année

--	--	--	--

Numéro d'ordre

**4- Actions et conclusions**

**4.1 Actions correctrices (actions immédiates)**

Oui  Non

Action 1 :

.....

.....

Action 2 :

.....

.....

Autres Actions:

.....

.....

.....

**4.2 Actions correctives et/ou préventives (actions à moyen-long terme)**

Oui  Non

Action 1 :

.....

.....

Action 2 :

.....

.....

Autres Actions:

.....

.....

.....

**4.3 Enquête**

en cours  terminée  non réalisée  non réalisable

**4.4 Déclarations ou documents associés**

FEIR associée  FEIGD associée  FIPD associée  ACR associée  Autre

Numéro FEIR associée : .....  Déclaration non présente dans e-Fit

Numéro FEIGD associée : .....  Déclaration non présente dans e-Fit

Numéro FIPD associée : .....  Déclaration non présente dans e-Fit

Autre précisez : .....  Déclaration non présente dans e-Fit

**4.5 Coordonnées complémentaires**

S'il y a lieu, coordonnées du « tiers » impliqué dans l'incident, indiquées par le (les) correspondant(s) d'hémovigilance ETS et/ou ES : Personne morale : .....

Tél. : \_\_\_\_\_

**4.6 Informations des autres vigilances et gestion des risques :**

Oui  Non

Si Oui, précisez : .....

**SIGNATURE DU OU DES CORRESPONDANTS**

<b>SITE DE L'ES :</b>	<b>SITE DE L'ETS :</b>	<b>ETS REFERENT :</b>	<b>VISA CRH :</b>
Date : __/__/____	Date : __/__/____	Date : __/__/____	Date : __/__/____
Nom - Prénom :	Nom - Prénom :	Nom - Prénom :	Nom - Prénom :
Titulaire <input type="checkbox"/>	Titulaire <input type="checkbox"/>	Titulaire <input type="checkbox"/>	
Remplaçant <input type="checkbox"/>	Remplaçant <input type="checkbox"/>	Remplaçant <input type="checkbox"/>	