



DT9260

Nom de l'établissement

Section 2 – Date, heure, lieu de l'événement

Événement	Date			Heure		Moment de survenue	
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	<input type="checkbox"/> Réel	<input type="checkbox"/> Estimé
Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	<input type="checkbox"/> Indéterminé	
						<input type="checkbox"/> Identique à date/heure de l'événement	

Lieu où s'est produit l'événement (Précisez le site, le service, l'unité ou le lieu)

Produit(s) transfusé(s) : Oui Non Indéterminé Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes Réaction transfusionnelle

Section 3 – Produit(s) transfusé(s)

Type/Code de produit	Numéro de don (ou numéro de lot)	ABO Rh	Quantité administrée				Début de la transfusion		Fin de la transfusion		
			1/4	1/2	3/4	4/4	mL	Date	Heure	Date	Heure

Autres produits sanguins reçus dans les 6 heures précédant la réaction? Oui Non

Section 4 – Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes associée à/au (Cocher la case et préciser plus bas)

 au prélèvement à l'émission de produit à la gestion du produit (banque de sang) à la cueillette du produit
 à l'analyse à la requête à la réception de la requête à la transfusion (unité de soins)

Préciser l'erreur et la décrire :

Nouveau prélèvement demandé : Oui Non

Section 5 – Réaction transfusionnelle

Utilisation d'équipement : Filtre Pompe à débit Réchauffe-sang Autre, préciser : _____Prémédication : Antipyrétique Antihistaminique Corticostéroïde Diurétique

Signes vitaux (à remplir dans tous les cas)	T°		Site (prise de T°)				TA	Saturation	RR	RC
	Pré	°C	<input type="checkbox"/> Buccal	<input type="checkbox"/> Axillaire	<input type="checkbox"/> Rectal	<input type="checkbox"/> Indéterminé	/	%		
	Post	°C	<input type="checkbox"/> Buccal	<input type="checkbox"/> Axillaire	<input type="checkbox"/> Rectal	<input type="checkbox"/> Indéterminé	/	%		
<input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Choc <input type="checkbox"/> Tachycardie <input type="checkbox"/> Nausée <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Sibilances <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Tachypnée <input type="checkbox"/> Hémoglobinurie (urine rouge/foncée) <input type="checkbox"/> Saignement diffus <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> Anémie (HB pré : ____ g/L HB post : ____ g/L) <input type="checkbox"/> Développement d'anticorps, préciser : _____										
<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Prurit <input type="checkbox"/> Érythème <input type="checkbox"/> Œdème Préciser la localisation : _____										

Section 6 – Mesures prises

<input type="checkbox"/> Médecin avisé	Nom et prénom	Date (année, mois, jour)	Heure
<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Arrêt de la transfusion <input type="checkbox"/> Reprise de la transfusion	<input type="checkbox"/> Antibiotique <input type="checkbox"/> Antihistaminique <input type="checkbox"/> Antipyrétique <input type="checkbox"/> Autre, préciser : _____	<input type="checkbox"/> Corticostéroïde <input type="checkbox"/> Diurétique <input type="checkbox"/> Vasopresseur	<input type="checkbox"/> Oxygène supplémentaire <input type="checkbox"/> Analgésique <input type="checkbox"/> Antihypertenseur
		<input type="checkbox"/> Hémoculture <input type="checkbox"/> Radiographie pulmonaire <input type="checkbox"/> Autres analyses : _____	<input type="checkbox"/> Soins intensifs requis

Personnes avisées de l'événement

<input type="checkbox"/> Responsable de service	Nom et prénom	Date (année, mois, jour)	Heure
<input type="checkbox"/> Usager	Si représentant de l'utilisateur, précisez nom et prénom	Date (année, mois, jour)	Heure
Déclarant	Nom et prénom	Signature	Date (année, mois, jour) / Heure

Section 7 – Réservé à la banque de sang

Héma-Québec avisée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro RT :	Date (année, mois, jour)	Heure
Culture du produit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date (année, mois, jour)	Heure	Signature du technologiste



DT9260

Nom de l'établissement

Section 2 – Date, heure, lieu de l'événement

Événement	Date			Heure		Moment de survenue <input type="checkbox"/> Réel <input type="checkbox"/> Estimé <input type="checkbox"/> Indéterminé
	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	
Constat	Année	Mois	Jour	Heure	Min.	<input type="checkbox"/> Identique à date/heure de l'événement

Lieu où s'est produit l'événement (Précisez le site, le service, l'unité ou le lieu)

 Produit(s) transfusé(s) : Oui Non Indéterminé
 Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes
 Réaction transfusionnelle

Section 3 – Produit(s) transfusé(s)

Type/Code de produit	Numéro de don (ou numéro de lot)	ABO Rh	Quantité administrée				Début de la transfusion		Fin de la transfusion		
			1/4	1/2	3/4	4/4	mL	Date	Heure	Date	Heure

Autres produits sanguins reçus dans les 6 heures précédant la réaction? Oui Non

Section 4 – Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes associée à/au (Cocher la case et préciser plus bas)

 au prélèvement
 à l'émission de produit
 à la gestion du produit (banque de sang)
 à la cueillette du produit
 à l'analyse
 à la requête
 à la réception de la requête
 à la transfusion (unité de soins)

Préciser l'erreur et la décrire :

Nouveau prélèvement demandé : Oui Non

Section 8 – Description objective et détaillée de l'erreur (déclarant ou investigateur)

Description du processus non respecté

Conséquences sur l'état de l'usager et autres conséquences

Actions correctives prises

Investigateur ou déclarant

Nom et prénom

Date (année, mois, jour)

Heure

Section 9 – Analyse de l'erreur et suivi des actions correctives prises (responsable de service)

 Divuligation : Non obligatoire À faire
 Documentation : Au dossier Sur le formulaire de divulgation

Divuligation faite à :

Personne responsable de la divulgation

 Usager Parent(s) proche(s) Représentant légal

Date (année, mois, jour)

Heure

Nom et prénom

Responsable de service

Nom et prénom

Signature

Date (année, mois, jour)

Heure

Guide d'utilisation du formulaire de déclaration d'événement indésirable associé à la transfusion

SECTIONS À REMPLIR

■ Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes sans réaction transfusionnelle

- Dans tous les cas :
- Sections 1-2-4-6
 - Sections 8-9 : À remplir par la (les) personne(s) responsable(s) de l'investigation et du suivi de l'établissement

Si produit administré
ou branché, ajouter :

- Sections 3-5

■ Réaction transfusionnelle

- Dans tous les cas :
- Sections 1-2-3-5-6
 - Section 7 : À remplir par la banque de sang

■ Divulgation

La divulgation doit être faite à l'usager lorsqu'un accident survient et qu'il mène à une conséquence (voir l'échelle de gravité du guide d'utilisation du AH-223 pour plus d'informations sur la divulgation).
