

FICHE D'INCIDENT TRANSFUSIONNEL (F.I.T)

1- Structure déclarante

1 - 1 Etablissement de soins :

1 - 2 Service :

Unité :

2- Patient

2 - 1 Nom, nom de jeune fille, prénom :

Dossier médical N°:

2 - 2 Date de naissance :

Sexe : M ☐ F ☐

2 - 3 Diagnostic médical :

2 - 4 Antécédents :

Obstétricaux Non ☐ Oui ☐ Préciser :

Transfusionnels Non ☐ Oui ☐ Préciser :

Chirurgicaux Non ☐ Oui ☐ Préciser :

Autres (préciser) :

3- Contrôles prétransfusionnels

3 - 1 Groupage sanguin ABO et Rh :

3 - 2 Phénotype : C c E e Kell Autres :

3 - 3 RAI : Non ☐ Oui ☐ Date : Résultat :

3 - 4 Ag HBs : Non ☐ Oui ☐ Date : Résultat :

Anti-HCV : Non ☐ Oui ☐ Date : Résultat :

Anti-HIV : Non ☐ Oui ☐ Date : Résultat :

3 - 5 Epreuve de compatibilité au laboratoire : Non ☐ Oui ☐ Date : Résultat :

3 - 6 Contrôle ultime au lit du malade : Non ☐ Oui ☐ Date : Résultat :

4- Transfusion sanguine

4 - 1 Date et heure de la transfusion sanguine :

4 - 2 Transfusion Sanguine : ☐ homologue ☐ autologue Volume transfusé :

4 - 3 Indication (s) de la transfusion sanguine :

5- Produit(s) sanguin(s) susceptible(s) d'avoir causé l'incident transfusionnel

| Nature du produit et qualification | Numéro de poche | Groupe sanguin | ETS producteur | Imputabilité de l'incident* |
|------------------------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

* 1 : douteuse

2 : possible

3 : vraisemblable

4 : certaine

6- Incident transfusionnel

6 - 1 Incident survenu pendant la transfusion sanguine ☐ après la transfusion sanguine ☐ Délai :

6 - 2 Gravité de l'incident transfusionnel 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

1 : absence de menace vitale immédiate ou à long terme (frissons-hyperthermie, urticaire...)

2 : morbidité à long terme (maladies virales, paludisme...)

3 : menace vitale immédiate (état de choc, détresse respiratoire...)

4 : décès

6 - 3 Manifestations cliniques et/ou biologiques :

| | | |
|--------------------------------------|---|---|
| Agitation <input type="checkbox"/> | Fièvre <input type="checkbox"/> | Nausées/vomissements <input type="checkbox"/> |
| Angoisse <input type="checkbox"/> | Frisson <input type="checkbox"/> | OAP <input type="checkbox"/> |
| Choc <input type="checkbox"/> | Hémoglobinurie <input type="checkbox"/> | Oligo-anurie <input type="checkbox"/> |
| Douleur <input type="checkbox"/> | Hypo TA <input type="checkbox"/> | S. hémorragique diffus <input type="checkbox"/> |
| Préciser : | Ictère <input type="checkbox"/> | Sueurs <input type="checkbox"/> |
| Dyspnée <input type="checkbox"/> | Malaise <input type="checkbox"/> | Urticaire <input type="checkbox"/> |
| Autres manifestations (préciser) : | | |

6 - 4 Diagnostic suspecté ou retenu :

| INCIDENT IMMEDIAT (dans les 8 jours) | | INCIDENT RETARDE | |
|---|------|---|--|
| Manifestations allergiques : | | Sérologie positive (négative avant transfusion) : | |
| ♦ Réactions allergiques | | ♦ VHC | |
| ♦ Réactions anaphylactiques | | ♦ VHB | |
| ♦ Choc anaphylactique | | ♦ VIH | |
| Incompatibilité immunologique : | | ♦ Autres virus (préciser) | |
| ♦ ABO | ♦ RH | ♦ Syphilis | |
| ♦ Autres systèmes (préciser) | | ♦ Paludisme | |
| Inefficacité transfusionnelle | | ♦ Parasitaire (préciser) | |
| Infection bactérienne : | | ♦ Bactérienne (préciser) | |
| ♦ Culture positive (préciser) | | Autres infections (préciser) | |
| ♦ Culture en cours | | Réaction du greffon contre l'hôte | |
| Surcharge volémique | | Allo-immunisation : | |
| Syndrome de détresse respiratoire aiguë post-transfusionnel (TRALI) | | ♦ Anti-érythrocytaire (RAI positive) | |
| Complications métaboliques | | ♦ Anti-HLA | |
| Purpura post-transfusionnel | | ♦ Autres (préciser) | |
| Autres (préciser) | | Hémochromatose | |
| Inconnu | | Autres (préciser) | |

Date :

Nom, prénom, signature et cachet du médecin
responsable de la transfusion sanguine

NB : Fiche à envoyer dûment remplie à l'établissement de transfusion sanguine (centre de transfusion sanguine ou banque du sang) distributeur des produits sanguins susceptibles d'avoir causé l'incident transfusionnel. Conserver une copie de cette fiche dans le dossier médical du patient.

PARTIE RESERVEE A L'ETS DISTRIBUTEUR

7- Numéro de la fiche

N° d'ordre :

Date :

8- Enquête transfusionnelle

En cours ☐

Résultats de l'enquête :

Terminée* ☐

non réalisée ☐

9- Remarques et conclusions

Date :..../..../..../

Nom, prénom signature et cachet du correspondant
d'hémovigilance de l'ETS distributeur

* Joindre une copie du rapport d'enquête

NB : Fiche à envoyer par l'ETS distributeur :

- A l'Unité Centrale de la Transfusion Sanguine et des Banques du Sang au Ministère de la Santé Publique et à la structure transfusionnelle d'approvisionnement pour les incidents transfusionnels de types 1,2,3,4.
- Au Comité Hospitalier de Transfusion Sanguine pour les incidents transfusionnels de types 2,3,4.
- A la Direction Régionale de la Santé Publique pour les incidents transfusionnels de types 3,4.