

Nom / adresse de l'hôpital / de la clinique

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

Données du patient

Initiales du patient
Prénom Nom Date de naissance Sexe Le cas échéant, numéro de référence interne

 F M Autre

Classification de la réaction transfusionnelle

Grade de sévérité

- Grade 1 Non sévère *(aucun traitement nécessaire / aucune atteinte irréversible sans traitement)*
- Grade 2 Sévère / atteinte irréversible *(atteinte significative ou persistante [y compris allo-immunisation] ; hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation ; traitement nécessaire pour éviter les atteintes irréversibles)*
- Grade 3 Menace pour le pronostic vital *(décès possible sans intervention médicale correspondante [p. ex. intubation, administration de vasopresseurs, transfert en soins intensifs])*
- Grade 4 Décès *(le grade 4 doit uniquement être appliqué si le lien causal avec la transfusion est considéré au moins comme « possible » [c.-à-d. un lien autre que purement temporel] ; si tel n'est pas le cas : détermination du grade selon le type de RT)*

Type de réaction transfusionnelle

- RTFNH (RT fébrile, non hémolytique)
- Réaction allergique
 - légère anaphylactoïde anaphylactique
- RT hémolytique (RTH) aiguë
- RT hémolytique (RTH) différée
- Infection transmise par la transfusion
 - bactérienne virale parasitaire
 - champignons prions
- TACO (surcharge volémique associée à une transfusion)
- TRALI (insuffisance pulmonaire aiguë associée à une transfusion)
- TAD (dyspnée associée à une transfusion)
- RT hypotensive
- Purpura post-transfusionnel (PTP, en anglais)
- GvHD associée à une transfusion
- Hémosidérose
- Allo-immunisation
- Autre :

Pour de plus amples informations sur les différentes RT, veuillez vous reporter au document « Classification et analyse des réactions transfusionnelles ». Entre autres, s'applique :

RTFNH : fièvre > 38 °C et augmentation de la température ≥ 1 °C et/ou frissons

RTH aiguë : dans les 24 h

RTH différée : entre 24 h et 28 jours

RT hypotensive : chute de la TA systolique > 30 mmHg et TA systolique < 80 mmHg

Causalité (lien avec la transfusion)

- 0 non évaluable
- 1 improbable *La réaction peut certainement/plutôt s'expliquer par une autre cause*
- 2 possible *La réaction peut s'expliquer autant par la transfusion que par une autre cause*
- 3 probable *La réaction ne semble pas pouvoir être expliquée par une autre cause*
- 4 certaine *Selon toute probabilité, la réaction est due à la transfusion*

Prénom Nom Date de naissance

Réaction transfusionnelle

Moment de la réaction transfusionnelle

Date :

Heure:

Transfusion au cours d'une anesthésie Oui

Non

Produits sanguins administrés (le cas échéant, joindre une liste séparée)

| Numéro de produit | Type de produit | Date | Heure de début | Heure de fin | Quantité |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Paramètres vitaux

| | Température en °C | Tension artérielle en mmHg | Pouls | Saturation en O2 en % |
|----------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| Avant la transfusion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lors de la réaction | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Symptômes

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fièvre | <input type="checkbox"/> Saignements diffus | <input type="checkbox"/> Urticaire / exanthème |
| <input type="checkbox"/> Frissons | <input type="checkbox"/> Dyspnée | <input type="checkbox"/> Démangeaisons |
| <input type="checkbox"/> Nausées / vomissements | <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | <input type="checkbox"/> Angio-œdème |
| <input type="checkbox"/> Douleurs au niveau des côtes/du dos | <input type="checkbox"/> Hypoxie | <input type="checkbox"/> Œdème des lèvres/de la langue/périorbital |
| <input type="checkbox"/> Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> Œdème pulmonaire | <input type="checkbox"/> Stridor / spasticité bronchique |
| <input type="checkbox"/> Hémoglobinurie | <input type="checkbox"/> Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> Purpura (> 5 jours après la transfusion) |
| <input type="checkbox"/> Oligurie / anurie | <input type="checkbox"/> Collapsus | <input type="checkbox"/> Autres symptômes : |
| <input type="checkbox"/> Ictère | <input type="checkbox"/> Choc | <input type="checkbox"/> |

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

Prénom Nom Date de naissance

En cas de réaction allergique

Copie des résultats ci-jointe

IgA (g/l) (à partir d'un échantillon de sang prétransfusionnel ou au moins 7 jours après la transfusion) n.f.
 Antécédents d'allergie Inconnu Non
 Oui, lesquels :

En cas de symptômes cardiopulmonaires

Congestion cardiopulmonaire (évaluation clinique) Oui Non Inconnu
 Hypervolémie (clinique / bilan liquidien / prise de poids) Oui Non Inconnu
 Amélioration du tableau clinique après traitement diurétique Oui Non Non applicable
 Autres causes de détérioration respiratoire Oui Non
 Si oui, lesquelles ?

Imagerie (p. ex. radiographie ou TDM thoracique) : Copie des résultats ci-jointe n.f.
 Congestion cardiopulmonaire Oui Non
 Infiltrations bilatérales Oui Non
 BNP / NT-proBNP Après la RT : Date n.f.
 Avant la RT : Date n.f.
 Autres (p. ex. ETT) :

En cas de suspicion de TRALI

Recherche d'anticorps spécifiques anti-HNA et anti-HLA Copie des résultats ci-jointe n.f.

Autres résultats :

Dans des cas particuliers : mesures prévues au cas où le patient nécessite à nouveau une transfusion de composants sanguins

| | | |
|---|------|-----------|
| Personne responsable de l'hémovigilance | Date | Signature |
|---|------|-----------|

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Le centre de transfusion doit dans tous les cas être informé. En cas de suspicion de TRALI ou d'infection transmise par la transfusion, il est nécessaire d'informer immédiatement le fabricant.

Le centre de transfusion compétent a été averti le

Centre de transfusion compétent

Interprétation / remarques du centre de transfusion (fabricant)

| | | |
|-----|------|-----------|
| Nom | Date | Signature |
|-----|------|-----------|

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

