swissmedic

Aide-mémoire

Déclaration des incidents graves survenus lors de la manipulation de produits sanguins labiles

Numéro d'identification :	I-310.AA.01-A14f
Version :	1.0
Date de validité :	19.11.2024

Sommaire

1 Terminologie, définitions, abréviations 2
1.1 Définitions 2
1.2 Abréviations 3
2 Introduction et objet 3
3 Champ d'application et bases légales 3
4 Documents connexes 4
5 Événements soumis à l'obligation de déclarer 4
5.1 IBCT / erreurs transfusionnelles 4
5.1.1 Sous-catégories d'IBCT avec exemples 4
5.1.2 Grades de sévérité des IBCT 6
5.2 Near Miss 7
5.2.1 Exemples 7
5.2.2 Degrés de sévérité des événements Near Miss 8
5.3 Autres incidents graves 9
5.3.1 Transfusion de sang RhD positif à des receveurs RhD négatifs 9
5.3.2 Erreur de stockage/manipulation avec élimination de produits sanguins 9
5.4 Autres obligations déclaratives 10
6 Modes de déclaration 10
6.1 Formulaire de déclaration 10
6.2 Délais de déclaration 10
6.3 Coordonnées 11
7 Modifications apportées à la version précédente 11

1 Terminologie, définitions, abréviations

1.1 Définitions

Le terme « Incorrect Blood Component Transfused » (IBCT) ou « produit sanguin transfusé incorrect », en français, désigne une transfusion incorrecte effective (erreur transfusionnelle). Pour plus d'explications, nous vous renvoyons au point 5.1. On entend par « Near Miss » une erreur dans le processus transfusionnel qui a été détectée avant la réalisation de la transfusion. Vous trouverez plus de précisions sur ce type d'événements au point 5.2. Dans ce document, le terme « changement de rhésus D » désigne la transfusion délibérée d'un concentré érythrocytaire avec le phénotype RhD positif à un receveur dont le groupe sanguin est RhD négatif. Le rhésus D correspond à RH1 dans la nomenclature des groupes sanguins de l'ISBT. Pour des raisons de lisibilité, nous n'utiliserons cependant que le terme « rhésus D » dans ce document.

1.2 Abréviations

Al.	Alinéa
Art.	Article
ASMT	Association Suisse de Médecine Transfusionnelle
ADU	Avoidable, delayed, unter-/overtransfusion (transfusion évitable, retardée ou insuffisante/excessive)
c.-à-d.	C'est-à-dire
CE	Concentré érythrocytaire
CP	Concentré plaquettaire
Cf.	Confer
CMV	Cytomégalovirus
DIV	Dispositifs médicaux de diagnostic in vitro
EC	Échantillon de compatibilité
GS	Groupe sanguin
HSE	Handling and storage errors (erreurs de manipulation et de stockage)
Hb	Hémoglobine
HLA	Human leucocyte antigen (antigène des leucocytes humains)
IBCT	Incorrect blood component transfused (produit sanguin transfusé incorrect)
ISBT	International Society of Blood Transfusion (Société internationale de transfusion sanguine)
Let.	Lettre
LPTh	Loi sur les produits thérapeutiques, RS 812.21
OAMéd	Ordonnance sur les autorisations dans le domaine des médicaments, RS 812.212.1
OMéd	Ordonnance sur les médicaments, RS 812.212.21
p. ex.	Par exemple
PFC	Plasma frais congelé
PS	Produit sanguin
Rh	Rhésus
RhD	Rhésus D
RBRP	Right blood, right patient (patient correct, produit correct)
SRTS	Service régional de transfusion sanguine
SRNM	Specific requirements not met (exigences spécifiques non satisfaites)
SIL	Système d'information du laboratoire
Tc	Thrombocytes
T-CH	Transfusion CRS Suisse
T&S	Type and Screen (détermination du groupe sanguin et recherche d'AC atypiques)
WCT	Wrong component transfused (mauvais produit transfusé)

2 Introduction et objet

Le présent aide-mémoire résume les principaux éléments relatifs aux obligations déclaratives en cas de survenue de faits et d'incidents graves lors de l'utilisation et de la mise à disposition de produits sanguins labiles (erreurs transfusionnelles et événements Near Miss, notamment).

3 Champ d'application et bases légales

Selon l'art. 4, al. 1, let. a LPTh, le sang et les produits sanguins font aussi partie des médicaments. Conformément à l'art. 59, al. 3 LPTh, tout effet indésirable grave ou jusque-là inconnu, tout incident et toute autre observation de faits graves ou jusque-là inconnus ainsi que les défauts qui sont déterminants du point de vue de la sécurité thérapeutique doivent être déclarés à Swissmedic. Selon l'art. 63 de l'ordonnance sur les médicaments, les personnes qui remettent ou utilisent des médicaments à titre professionnel ou qui sont habilitées à le faire sont tenues de déclarer à Swissmedic toute observation de faits graves ou jusque-là inconnus compromettant la sécurité des médicaments. Cela comprend notamment les transfusions erronées. Le rapport explicatif relatif à l'OMéd) de septembre 2018 (disponible uniquement en allemand) indique : « Du fait de la révision de l'art. 59, al. 3, LPTh, tous les faits graves observés doivent être déclarés. Sont notamment concernées les situations dans lesquelles le mauvais usage d'un médicament a certes été évité, mais qui favorisent des erreurs d'utilisation et peuvent entraîner une importante mise en danger de la santé. […] Dans le domaine des produits sanguins, les erreurs transfusionnelles évitées de justesse

doivent également être déclarées. » Les événements Near Miss (quasi-erreurs) sont donc expressément abordés dans l'ordonnance.

4 Documents connexes

Identification des documents
Formulaire de déclaration : Déclaration d'incidents et de faits graves (I-310.AA.01-A06)
Formulaire de déclaration et aide-mémoire : Déclaration de défauts de qualité de produits sanguins labiles (I-310.AA.01-A09 ; I-310.AA.01-A03)
Formulaire de déclaration et aide-mémoire : Réaction transfusionnelle (I-310.AA.01-A05; I-310.AA.01-A01)
Recommandations : Analyses de médecine transfusionnelle chez le patient – Recommandations de l'ASMT et de T-CH (dernière version disponible à l'adresse https://www.svtm-asmt.ch/fr/medecine-transfusionelle)

5 Événements soumis à l'obligation de déclarer

5.1 IBCT / erreurs transfusionnelles

Les causes de la transfusion d'un produit sanguin incorrect peuvent être situées en n'importe quel point de la chaîne transfusionnelle : p. ex. lors de la prescription initiale ou du prélèvement de sang, au laboratoire d'immuno-hématologie, lors de la délivrance du produit ou de la transfusion elle-même.

Les IBCT impliquent toujours des **erreurs au cours du processus de transfusion**, c.-à-d. des divergences non intentionnelles par rapport à la procédure prévue et l'état de la science et de la technique. Par conséquent, les décisions cliniques prises en toute connaissance de cause (évaluation des différents produits disponibles dans des situations cliniques complexes ou dans les cas d'urgence, p. ex.) ne sont pas considérées comme des erreurs transfusionnelles. Swissmedic se réfère aux catégories du système d'hémovigilance britannique SHOT (Serious Hazards of Transfusion) [https://www.shotuk.org : SHOT definitions 2024] pour la classification des IBCT.

La déclaration des IBCT est obligatoire, qu'une réaction transfusionnelle survienne ou non et, le cas échéant, de quelque nature qu'elle soit. Lorsque l'IBCT provoque une réaction transfusionnelle (p. ex. réaction transfusionnelle hémolytique aiguë après une transfusion ABO erronée, allo-immunisation anti-D à la suite d'une erreur dans le choix du phénotype RhD d'un CE), une déclaration supplémentaire doit être établie pour signaler cette réaction (formulaire de déclaration : *Réaction transfusionnelle*).

5.1.1 Sous-catégories d'IBCT avec exemples

C'est Swissmedic qui classe les IBCT en sous-catégories en se fondant sur la description de l'incident. L'auteur de la déclaration n'a pas à s'en charger. La liste suivante indique les incidents qui sont considérés comme soumis à l'obligation de déclarer.

WCT
Wrong component transfused / mauvais produit transfusé

Définition : confusions entre des patients ou les types de produit.

- *Transfusion d'un groupe sanguin ABO/RhD incorrect (transfusion ABO erronée, erreur lors du choix du phénotype RhD)*
- *Transfusion d'un CE dont la compatibilité ABO n'est que fortuite (p. ex. confusion entre des patients ou des échantillons, compatibilité fortuite du GS)*
- *Commande pour le mauvais patient (avec réalisation de la transfusion ; confusion lors de la prescription, p. ex.)*
- *Type de produit erroné (p. ex. CP au lieu de PFC ; aussi confusion entre un adulte et un nouveau-né)*

SRNM
Specific requirements not met / exigences spécifiques non satisfaites

Définition : transfusion avec un produit non optimal.

Choix des produits

- *Allo-anticorps non pris en considération*
- *Erreur lors du choix du phénotype érythrocytaire / prise en compte du phénotype érythrocytaire étendu (p. ex. hémoglobinopathies)*
- *Produit sanguin non irradié ou non lavé alors que cela était indiqué*
- *Négativité du CMV non prise en considération*
- *Compatibilité HLA non prise en considération (concentré plaquettaire)*
- *Aucune utilisation d'un dispositif de réchauffement de sang (p. ex. en cas d'agglutinines froides)*

Aspects dépendant du laboratoire :

- *Libération du produit malgré un diagnostic incomplet/inadéquat (p. ex. durée de validité du T&S dépassée, transfusion avec un seul groupe sanguin ABO valable)*

HSE
Handling and storage errors / erreurs de manipulation et de stockage

Définition : erreurs commises lors de la manipulation ou du stockage des produits sanguins.

- *Transfusion d'un produit sanguin qui a été stocké de manière inappropriée (p. ex. rupture trop longue de la chaîne du froid, stockage d'un concentré plaquettaire au froid)*
- *Décongélation incorrecte*
- *Utilisation : matériel de transfusion erroné, pompe à perfusion Infusomat inappropriée*
- *Poche du produit endommagée (défaut de qualité possible à prendre en considération)*
- *Durée de conservation dépassée*

RBRP *Right blood, right patient / patient correct, produit correct*
Définition : erreurs significatives dans la chaîne transfusionnelle qui sont associées à un risque élevé de mise en danger des patients
• *Erreur lors de l'identification ou de la prescription, produit transfusé correct* • *Erreur significative d'étiquetage* • *Absence de prescription ou de signatures* • *Absence d'identification (prévue) du patient (p. ex. bracelet)* *Remarque : la mise en danger potentielle dépend, entre autres, des procédures établies sur le site. Veuillez déclarer les incidents qui, selon vous, présentent un risque élevé pour le patient.*

ADU *Avoidable, delayed or under-/over-transfusion* *Transfusion évitable, retardée ou insuffisante/excessive*
Définition : réalisation de la transfusion à un moment incorrect ou erreur dans la quantité de produit sanguin transfusée

Transfusion évitable
• *Transfusion qui n'était pas nécessaire (généralement, pose de l'indication incorrecte). Exemples :*
  o *Transfusion sur la base de résultats d'analyses de laboratoire incorrects*
  o *Non-prise en considération de consignes internes*
  o *Utilisation évitable de CE O RhD nég. non testés*
Remarque : en cas de confusion entre deux patients, c.-à-d. lorsqu'un autre patient aurait dû être transfusé → l'incident est enregistré en tant qu'IBCT-WCT.
 	
Transfusion retardée
• *Transfusion trop tardive dans une situation d'urgence*
• *Livraison significativement retardée (problème de communication, livraison au mauvais endroit)*
• *Indisponibilité de CE O RhD négatifs (situation de pénurie)*
• *Analyses immuno-hématologiques non réalisées (oubli, p. ex.) – avec un retard significatif pour le patient*
Remarque : l'importance du retard doit être évaluée en fonction de la situation. Veuillez déclarer les événements lors desquels le patient a subi des dommages ou a été significativement mis en danger, ou qui ont imposé de modifier considérablement le déroulement du traitement (p. ex. report d'une opération, nécessité pour le patient de revenir le lendemain).
 	
Transfusion insuffisante ou excessive
• *Erreur dans la quantité de produit transfusée. Exemples :*
  o *Prescription incorrecte (confusion dans les unités, transmission manuel)*
  o *Dysfonctionnement d'une pompe (examiner la nécessité d'établir une déclaration de matériovigilance)*

5.1.2 Grades de sévérité des IBCT

Les IBCT font l'objet d'une classification par sous-catégories dont la description est donnée au point 5.1.1 et d'une analyse visant à déterminer les mécanismes d'erreur sous-jacents. Il n'est pas nécessaire de procéder à une classification supplémentaire. Les conséquences éventuelles d'une erreur transfusionnelle au sens d'une réaction transfusionnelle sont recensées dans le cadre de la déclaration de la réaction transfusionnelle.

5.2 Near Miss

On parle d'événements Near Miss en présence de déviations survenues à une étape de la chaîne transfusionnelle qui sont susceptibles de conduire à une transfusion erronée etle cas échéant, à une réaction transfusionnelle chez le receveur. Par définition, ces événements sont toutefois **décelés avant la transfusion**. Ils ont non seulement un impact significatif sur la sécurité des patients, mais peuvent aussi mobiliser une quantité considérable de ressources (en nécessitant plusieurs prélèvements sanguins ou le report des rendez-vous fixés pour les transfusions, p. ex.). Par souci d'exhaustivité, tous les degrés de sévérité des événements Near Miss sont présentés ici. Tous les événements Near Miss doivent être traités dans le cadre du système d'assurance-qualité interne de l'établissement. **Toutefois, seuls les événements Near Miss au moins graves** (grades 2 et 3, cf. 5.2.2) **doivent obligatoirement être déclarés à Swissmedic.**

5.2.1 Exemples

Les **confusions** commises à un moment donné de la chaîne transfusionnelle (prélèvement de sang chez le mauvais patient, étiquetage incorrect, confusion entre des échantillons ou confusions entre patients lors de la prescription, p. ex.) sont des exemples typiques d'événements Near Miss. Le terme WBIT (**wrong blood in tube** / mauvais sang dans le tube) désigne un prélèvement sanguin dont l'étiquette ne correspond pas au patient et que les contrôles à l'arrivée au laboratoire n'ont pas permis de détecter (confusion découverte seulement après la réception au laboratoire, p. ex. en raison de différences par rapport au groupe sanguin déjà connu). De telles erreurs sont associées à un risque important de transfusion avec incompatibilité ABO/RhD. La commande/délivrance d'un produit pour le mauvais patient ou du mauvais type de produit est un autre exemple. Les commandes inutiles (du fait de résultats d'analyses erronés, p. ex.) sont également considérées comme des événements Near Miss.

Exemples d'événements Near Miss	
Wrong blood in tube (WBIT)	• L'étiquette ne correspond pas au contenu.
Commandes incorrectes	• Pour le mauvais patient • Type de produit erroné • Commande inutile (passée sur la base de résultats d'analyses de laboratoire incorrects, p. ex.)
Choix/délivrance du produit	• Pour le mauvais patient • Mauvaise spécification du produit (anticorps non pris en considération, p. ex.) • Erreur d'étiquetage du produit sanguin
Erreur dans les résultats des analyses immuno-hématologiques	• Recommandation de transfusion incorrecte (p. ex. libération après T&S alors qu'un test de compatibilité était indiqué ; allo-anticorps non pris en considération) • Informations relatives aux résultats des tests incorrectes (allo-anticorps, p. ex.) • *En cas de suspicion de défaut d'un DIV : veuillez vérifier si une déclaration de matériovigilance est nécessaire ; cf. 5.4*
Gestion de stocks	• Produit enregistré dans le SIL avec le mauvais groupe sanguin • Délivrance d'un produit périmé

Autres	• Erreurs lors de la saisie manuelle des résultats des analyses de laboratoire (mauvaise saisie du groupe sanguin ABO, p. ex.) • Non-transmission de résultats d'analyses de médecine transfusionnelle pertinents (allo-anticorps non communiqués, p. ex.) • Dysfonctionnement du système d'information du laboratoire

5.2.2 Degrés de sévérité des événements Near Miss

Les événements Near Miss sont évalués sur la base de la **mise en danger potentielle** qu'ils représentent. Il s'agit souvent de l'existence d'une **confusion** ou d'un **risque de confusion.** Dans les situations où des transfusions superflues sont susceptibles d'avoir lieu du fait d'autres erreurs (p. ex. taux d'hémoglobine faussement bas), il convient de considérer comme graves les événements qui ont au moins conduit à la commande d'un produit sanguin (les erreurs détectées avant la commande ou de déterminations erronées sans intention claire de transfusion ne sont pas considérés comme graves). S'agissant des résultats immuno-hématologiques validés, les erreurs impliquant des résultats ou des recommandations de transfusion erronés qui mettent en danger le patient doivent être considérées au moins comme graves. Les événements Near Miss de grade 2 aboutissent typiquement à des IBCT de type SRNM, ADU ou HSE, et les événements Near Miss de grade 3 à des IBCT-WCT. La mise en danger potentielle associée à l'événement doit être concrètement évaluée au cas par cas. Les exemples cités ici sont destinés à illustrer le principe de classification.

Degrés de sévérité des événements Near Miss		
	Définition	**Exemples**
Grade 1*	Erreur (de forme) **Absence** de risque de confusion / potentiel de risque **mineur**	• Absence de visa • Absence d'étiquetage / étiquetage insuffisant • Dosage incorrect de l'hémoglobine / des plaquettes sans commande d'un produit
Grade 2	**Existence** d'un risque de confusion / potentiel de risque **grave** *(conséquence typique : IBCT-SRNM, IBCT-HSE, IBCT-ADU)*	• Date de naissance d'un autre patient • Ré-étiquetage / étiquetage ultérieur d'échantillons sanguins • Commande d'un produit sanguin sur la base de résultats d'analyses de laboratoire erronés • Erreur de communication concernant les allo-anticorps ou l'irradiation
Grade 3	Confusion **effective** / potentiel de risque **très grave** *(conséquence typique : IBCT-WCT)*	• WBIT • Divergences dans la détermination du groupe sanguin • Informations erronées enregistrées dans le SIL concernant le GS ABO • Commande pour le mauvais patient • Erreurs significatives dans les résultats des analyses immuno-hématologiques (p. ex. recommandations de transfusion incorrectes)

** Les événements Near Miss de grade 1 ne sont pas soumis à l'obligation de déclarer à Swissmedic.*

5.3 Autres incidents graves

5.3.1 Transfusion de sang RhD positif à des receveurs RhD négatifs

Le sang RhD (RH1) négatif constitue une ressource limitée, avec des pénuries régulières (en particulier pour le groupe sanguin O). En conséquence, la transfusion de concentrés érythrocytaires RhD positifs à des receveurs RhD négatifs est autorisée dans certaines situations conformément aux recommandations « Analyses de médecine transfusionnelle chez le patient » en vigueur en Suisse pour la médecine transfusionnelle (pour connaître les prescriptions concrètes en vigueur, veuillez consulter la dernière version du document).
En cas d'application des recommandations en vigueur, il n'y a alors aucune erreur de procédure dans la chaîne transfusionnelle. Un tel incident est malgré tout considéré comme grave pour le patient concerné et soumis à l'obligation de déclarer. La déclaration doit contenir des informations sur l'événement, la quantité de CE transfusée et le groupe sanguin de ce dernier (ABO RhD) et renseigner sur une éventuelle allo-immunisation RhD. L'incident et les éventuelles circonstances concomitantes importantes (changement de rhésus D dans le cadre d'une transfusion massive, p. ex.) doivent être décrits brièvement.

5.3.2 Erreur de stockage/manipulation avec élimination de produits sanguins

Les erreurs commises lors de la manipulation et/ou du stockage de produits sanguins peuvent mettre les patients en danger lorsqu'elles ne sont pas détectées. Plus souvent, elles imposent de détruire le produit sanguin, ce qu'il convient pourtant d'éviter absolument au vu de la pénurie des ressources et de la responsabilité éthique à l'égard des donneurs. C'est pourquoi de telles erreurs sont soumises à l'obligation de déclarer. Les événements impliquant une péremption de produits sanguins pendant leur stockage, sans erreur de procédure, ne sont pas soumis à l'obligation de déclarer.

Exemples d'erreurs de stockage et de manipulation avec élimination de produits sanguins

• Annulation de la commande après la livraison
  ○ Évolution des besoins, communication insuffisante entre l'utilisateur et le laboratoire de transfusion
  ○ Raisons liées au patient, clarification insuffisante de la situation avant la réception du PS (p. ex. consentement du patient non obtenu, pas de voie d'accès, patient fébrile)

• Situations d'urgence dans lesquelles le besoin de transfusion n'est pas clair et le stockage sur site est insuffisant (pas de boîte de transport validée, aucun réfrigérateur)

• Erreur lors de la livraison / du transport
  ○ Livraison au mauvais endroit
  ○ Transport dans des conditions inappropriées (CP refroidis, p. ex.)
  ○ Livraison à un moment inapproprié (sans reprise possible)

• Erreur de stockage à la banque de sang
  ○ Réfrigérateur défectueux, surveillance défectueuse de la température
  ○ Conditions de stockage incorrectes

• Erreur de manipulation, p. ex. lors de perforation du PS *Remarque : les cas dans lesquels les produits sanguins étaient défectueux ou insuffisants (alors que le stockage ou la manipulation étaient corrects) ne sont pas soumis à l'obligation de déclarer. Le cas échéant, il faut établir une déclaration de défaut de qualité et/ou une déclaration de matériovigilance (cf. 5.4).*

La déclaration doit comprendre des informations sur le type de produits sanguins jetés et leur nombre ainsi qu'une brève description de l'événement. Il faut en particulier mentionner si l'événement s'est produit dans le contexte d'une situation d'urgence.

5.4 Autres obligations déclaratives

Les produits sanguins dont la qualité est insuffisante peuvent être à l'origine de transfusions erronées. Veuillez déclarer les défauts graves de qualité de produits sanguins en utilisant le formulaire « Déclaration de défauts de qualité de produits sanguins labiles » (I-310.AA.01-A09). Des explications pour accomplir cette démarche sont fournies dans l'aide-mémoire correspondant (I310.AA01-A03f) [les deux documents sont disponibles sous la rubrique Hémovigilance du site Internet de Swissmedic, sous Formulaires / classification (swissmedic.ch)).

Les incidents graves concernant des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro sont soumis à l'obligation de déclarer dans le cadre de la matériovigilance (vous trouverez de plus amples informations sur le site Internet de Swissmedic : Dispositifs médicaux : Déclaration des incidents et des FSCA, Utilisateurs). Une déclaration au service d'hémovigilance est nécessaire uniquement en cas de transfusion erronée avérée ou en présence d'un événement Near Miss au moins grave (exemples : en raison de la défaillance d'un DIV, obtention d'un résultat faux-négatif lors d'une recherche d'anticorps qui entraîne la transfusion d'un CE incompatible au patient [« IBCT-SRNM »] ; transfusion d'un volume beaucoup trop important à un enfant en raison d'une pompe de transfusion défectueuse [« IBCT-ADU »]).

6 Modes de déclaration

6.1 Formulaire de déclaration

La déclaration doit être adressée à l'unité Inspection Management and Blood Surveillance de Swissmedic à l'aide du formulaire « Déclaration d'incidents et de faits graves » (I-310.AA.01-A06 ; formulaire disponible sur : www.swissmedic.ch / Médicaments à usage humain / Surveillance du marché / Hémovigilance / Formulaires / classification ; Formulaires / classification [swissmedic.ch]). Veuillez anonymiser les informations relatives au patient dans la déclaration.

Le formulaire de déclaration précise les informations complémentaires nécessaires pour chaque type d'incident. Pour les IBCT et les événements Near Miss, il est notamment demandé d'indiquer la source de l'erreur, la manière dont elle a été découverte et les mesures immédiates et préventives prises.

Le formulaire peut être envoyé soit par e-mail, soit par voie postale (cf. coordonnées). Pour la transmission de pièces jointes/documents volumineux, il est possible d'utiliser le service de transfert de fichiers de l'administration fédérale. Le cas échéant, veuillez nous contacter directement.

6.2 Délais de déclaration

En tant que faits graves observés, les transfusions erronées doivent être déclarées à Swissmedic dans un délai de 15 jours. Tous les autres événements à déclarer doivent être communiqués dans les 60 jours (cf. art. 63, al. 3 OMéd).

Après réception de la déclaration par Swissmedic, vous recevrez un accusé de réception et un numéro de référence. Si nécessaire, Swissmedic demandera des informations complémentaires sur l'incident.

6.3 Coordonnées

Swissmedic, Institut suisse des produits thérapeutiques
Division Services d'inspection et autorisations
Unité Inspection Management and Blood Surveillance
Hallerstrasse 7
3012 Berne
Téléphone : +41 58 414 08 00
E-mail : haemovigilance@swissmedic.ch ou haemovigilance.swissmedic@hin.ch

L'adresse e-mail @hin.ch appartient au réseau du fournisseur « HIN » Health Info Net AG. Les participants HIN peuvent transmettre des e-mails à cette adresse en utilisant le chiffrement des données proposé par HIN (« HIN secured »). Nous vous prions de nous contacter directement pour toute question relative à la sécurité de la transmission des données.

7 Modifications apportées à la version précédente

- Aucunes, nouveau document