



Formulaire de signalement : Effet Indésirable Grave Donneur (EIGD)

ETS : SITE : COLLECTE : TMC oui non

VICTIME :

Nom : Prénom : Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|

PRELEVEMENT :

Date de l'EIGD : |_|_| |_|_| |_|_|_| Heure de l'EIGD :

Numéro de don ou Code à barre :

Date de Prélèvement : |_|_| |_|_| |_|_|_| Heure de fin de don :

Sur le lieu de don Hors du lieu de don :

(salle de prélèvement, collation, WC,...).

Interruption du don : oui non

Restitution (si aphasie) : oui non

Durée de la procédure : ml

Exercices musculaires : oui non Hydratation : oui non

DESCRIPTION CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE (Cocher le type d'EIGD au verso et saisir dans le LMT) :

Bilan clinique initial à T0 (état de conscience, ventilation, circulation, signes cliniques, chute, lésions associées visibles, convulsions,...) :

Suivi des Paramètres Vitaux :

Temps (noter l'heure ex : 16h30)	Bilan prédon	Bilan initial à T0	Bilan à T1	Bilan à T2	Bilan à T3	Bilan à T4	Bilan Final
Constantes							
Fréquence Cardiaque (FC)							
Pression Artérielle (PA)							

Prise en charge : PLS LVA O2 VVP Vol. NaCl : ml DSA RCP
PLS = Position Latérale de Sécurité / LVA = Libération des Voies Aériennes / O2 = Oxygène / VVP = Voie Veineuse Périphérique / DSA = Défibrillateur Semi Automatique / RCP = Réanimation Cardio Pulmonaire

Appel Médecin TMC : oui non

Appelant :

Heure d'appel :

Directives :

Appel Centre 15 : oui non

Appelant : Heure d'appel :

Directives :

Envoi Moyen : oui non SMUR Autre :

Heure d'arrivée : Heure de départ :

Traitement(s) Médicamenteux (mettre les noms des médicaments utilisés et la posologie employée) :

Observations :

GRADE EIGD : 2 3 4

DEVENIR DU DONNEUR :

Heure de départ :

Retour au domicile Accompagné : oui non

Information entourage : oui non

Moyen :

Consultation :

Hospitalisation Lieu :

Moyen : Pompiers Ambulance SMUR

Départ contre avis médical

Contact à J1 ou J2 :

Appelant :

Evolution :

Responsable ou Superviseur de la collecte :

Date de la déclaration : |_|_| |_|_| |_|_|_|

Signature :

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT : EFFET INDESIRABLE GRAVE DONNEUR (EIGD)

EFFET INDESIRABLE	GRADE 1 (minime)	GRADE 2 (modéré)	GRADE 3 (sévère)
1. Effets indésirables locaux liés à l'insertion de l'aiguille			
1.1. Blessure vasculaire			
Hématome	Inf. à 4 cm de diamètre à sa constitution, TTT local <input type="checkbox"/> (H1LA) <input type="checkbox"/> (H1HA)	Sup. à 4 cm de diamètre à sa constitution, TTT local <input type="checkbox"/> (H2LA) <input type="checkbox"/> (H2HA)	Avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LA)
Ponction artérielle	Non pertinent	TTT local <input type="checkbox"/> (H2LB) <input type="checkbox"/> (H2HB)	Avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LB) <input type="checkbox"/> (H3HB)
Thrombophlébite	Non pertinent	Non pertinent	Avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HC)
1.2. Blessure nerveuse			
Directe par l'aiguille	Symptomatologie (douleur, paresthésies) régressive en moins de 2 semaines <input type="checkbox"/> (H1LD) <input type="checkbox"/> (H1HD)	Symptomatologie (douleur, paresthésies) régressive en 2 sem. à 1 an <input type="checkbox"/> (H2LD) <input type="checkbox"/> (H2HD)	Symptomatologie persistante après 1 an ou nécessitant un TTT médical <input type="checkbox"/> (H3LD) <input type="checkbox"/> (H3HD)
Indirecte par hématome	Symptomatologie (douleur, paresthésies) régressive en moins de 2 semaines <input type="checkbox"/> (H1LE) <input type="checkbox"/> (H1HE)	Symptomatologie (douleur, paresthésies) régressive en 2 sem. à 1 an <input type="checkbox"/> (H2LE) <input type="checkbox"/> (H2HE)	Symptomatologie persistante après 1 an ou nécessitant un TTT médical <input type="checkbox"/> (H3LE) <input type="checkbox"/> (H3HE)
1.3. Autres réactions locales liées à l'insertion de l'aiguille			
Blessure tendineuse	Aucune conséquence <input type="checkbox"/> (H1LF) <input type="checkbox"/> (H1HF)	Non pertinent	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LF) <input type="checkbox"/> (H3HF)
Réaction allergique locale	Aucune conséquence <input type="checkbox"/> (H1LG) <input type="checkbox"/> (H1HG)	Non pertinent	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LG) <input type="checkbox"/> (H3HG)
Infection locale	Aucune conséquence <input type="checkbox"/> (H1LH) <input type="checkbox"/> (H1HH)	Non pertinent	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LH) <input type="checkbox"/> (H3HH)
Douleur locale autre	Aucune conséquence <input type="checkbox"/> (H1LI) <input type="checkbox"/> (H1HI)	Non pertinent	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LI) <input type="checkbox"/> (H3HI)
2. Effets indésirables généraux			
2.1. Malaise vagal			
Immédiat (sur le site de don)	Symptômes subjectifs seulement (fatigue, anxiété, malaise, vertiges) <input type="checkbox"/> (H1LJ)	Perte de connaissance brève, +/- accompagnée (vomissements, perte d'urines, convulsions) <input type="checkbox"/> (H2LJ)	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LJ)
Retardé (dans les 24 heures après le don, hors site de don)	Symptômes subjectifs seulement (fatigue, anxiété, malaise, vertiges) <input type="checkbox"/> (H1HJ)	Perte de connaissance brève, +/- accompagnée (vomissements, perte d'urines, convulsions) <input type="checkbox"/> (H2HJ)	TTT médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HJ)
2.2. Effets liés à une blessure vasculaire			
Pseudo-anévrisme de l'artère brachiale	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HK)
Fistule artério-veineuse	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HL)
Syndrome des loges	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HM)
Thrombose de la veine axillaire	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HN)
Thrombose veineuse profonde	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3HO)
2.3. Atteinte cardio-vasculaire apparaissant dans les 24 h après le don : <i>Nota. - Dans l'hypothèse où l'ETS est informé d'une atteinte cardio-vasculaire survenue au-delà de 24 heures, mais présentant des éléments justifiant d'une analyse d'imputabilité, une déclaration sera faite.</i>			
Angine de poitrine	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LP) <input type="checkbox"/> (H3HP)
Infarctus du myocarde	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LQ) <input type="checkbox"/> (H3HQ)
Accident vasculaire cérébral	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LR) <input type="checkbox"/> (H3HR)
3. Effets indésirables liés à la procédure d'aphérèse			
Réaction allergique diffuse	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LS) <input type="checkbox"/> (H3HS)
Anaphylaxie	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LT) <input type="checkbox"/> (H3HT)
Hémolyse	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LU) <input type="checkbox"/> (H3HU)
Embolie pulmonaire	Non pertinent	Non pertinent	Ttt médical/avis spécialisé <input type="checkbox"/> (H3LV) <input type="checkbox"/> (H3HV)
Réaction au citrate	Paresthésies péri-orales et/ou digitales, goût métallique régressifs <input type="checkbox"/> (H1LW)	Extension de paresthésies, non résolutive à la diminution du débit de retour <input type="checkbox"/> (H2LW)	Persistance ou aggravation des signes du grade 2 malgré le traitement IV et/ou symptômes sévères : convulsion, troubles cardiovasculaires, spasme laryngé <input type="checkbox"/> (H3LW)
4. Autres effets	<input type="checkbox"/> (H1LY) <input type="checkbox"/> (H1HY)	<input type="checkbox"/> (H2LY) <input type="checkbox"/> (H2HY)	<input type="checkbox"/> (H3LY) <input type="checkbox"/> (H3HY)

Décision du 1er juin 2010 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmission de la fiche de déclaration d'effet indésirable grave survenu chez un donneur de sang

Destinataires : Hémovigilant, responsable régional de la collecte, personne en charge de la déclaration du sinistre.

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT : EFFET INDESIRABLE GRAVE DONNEUR (EIGD)