Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Numéro de la fiche :

I	D														
Préfixe		Code ETS				Code Site ETS				Année		Numéro d'ordre			

FICHE D'INFORMATION POST-DON

1- Donneur

1.1 Origine : .....
Origine précisez : .....
1.2 Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _
1.3 Sexe : ❍ M ❍ F

1.4 Donneur connu dans l'établissement : ❍ Oui ❍ Non ❍ Non renseigné

1.5 Chronologie des évènements :
Date d'apparition du motif de l'IPD : _ _ / _ _ / _ _ _ _ ❑ imprécise
Date de découverte à l'ETS : _ _ / _ _ / _ _ _ _ ❑ imprécise
Date de signalement au correspondant d'hémovigilance : _ _ / _ _ / _ _ _ _ ❑ imprécise
Date de déclaration : _ _ / _ _ / _ _ _ _

2- Données IPD

2.1 Description de l'information susceptible de mettre en jeu la sécurité du don ou des PSL issus du (ou des) don(s) antérieur(s) impliqués
Nature de l'IPD : .....
Si autre, précisez : …….....……

3- PSL impliqués

3.1 Produits sanguins labiles issus du don impliqué le plus récent Date du don : ...../..../…... ❑ imprécise

❑ Globules rouges Date de sortie de l'ETS : …/.../..... Précisez le devenir du produit : .....
❑ Plaquettes Date de sortie de l'ETS : .../.../….. Précisez le devenir du produit : .....
❑ Plasma Date de sortie de l'ETS : .../.../..... Précisez le devenir du produit : .....
❑ Autre Date de sortie de l'ETS : .../.../….. Précisez le devenir du produit : .....

3.2 Nombre total de dons impliqués :

4- Remarques et commentaires

4.1. Information producteurs

Informations PFC-SD :	❍ Oui	❍ Non	❍ Non renseigné	
Information LFB :	❍ Oui	❍ Non	❍ Non renseigné	N°SRT:……
Information autre : ❍ Oui	❍ Non	❍ Non renseigné		

4.2. Information ES

Prescripteur :	❍ Oui	❍ Non	❍ Non renseigné
Correspondant d'hémovigilance :	❍ Oui	❍ Non	❍ Non renseigné
Dépôt de sang :	❍ Oui	❍ Non	❍ Non renseigné

4.3. Information Autres destinataires
Précisez : .....

Numéro de la fiche :

I	D														
Préfixe		Code ETS				Code Site ETS				Année		Numéro d'ordre			

4.4. Conséquences receveurs

❍ Oui ❍ Non ❍ NSP ❍ Non renseigné

Si oui, Numéro de FEIR : _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ . _ _ _ _ ❑ Déclaration non présente dans e-FIT

Si plusieurs FEIR, saisir les numéros :

_ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ . _ _ _ _ ❑ Déclaration non présente dans e-FIT
_ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ . _ _ _ _ ❑ Déclaration non présente dans e-FIT
_ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ . _ _ _ _ ❑ Déclaration non présente dans e-FIT
_ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ . _ _ _ _ ❑ Déclaration non présente dans e-FIT

4.5. Incident grave associé

❍ Oui ❍ Non ❍ Non renseigné

Si oui, vous devrez créer une Fiche d'Incident Grave, puis reporter ici son numéro : IG _ _ _ _ . _ _ _ _ . _ _ . _ _ _ _
❑ Déclaration non présente dans e-FIT

4.6. Remarques éventuelles et conclusions du correspondant d'hémovigilance

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.7 Enquête

❍ Non réalisable ❍ En cours ❍ Terminée ❍ Non réalisée

SIGNATURE DU OU DES CORRESPONDANTS

SITE DE L'ETS :	**ETS REFERENT :**	**VISA CRH :**
Date : _ _ /_ _ /_ _ _ _ Nom - Prénom : Titulaire ❑ Remplaçant ❑	Date : __/__/____ Nom - Prénom : Titulaire ❑ Remplaçant ❑	Date : __/__/____ Nom - Prénom : Titulaire ❑ Remplaçant ❑