



## RAPPORT DE REACTION TRANSFUSIONNELLE

Dans tous les cas de réaction transfusionnelle, renvoyer à la banque de sang :

1. Toutes les unités non transfusées
2. La poche du produit incriminé
3. 10 ml sang sur EDTA (bouchon mauve)
4. 10 ml de coagulé (tube sec)
5. Ce document dûment complété
6. Prélever une paire d'hémocultures  
(à envoyer en Microbiologie)

Date: ...../...../.....  
 Heure : .....H.....  
 Unité de soins : .....

coller

**ETIQUETTE PATIENT**

ou

NOM, Prénom, Date de naissance, N° hospi

### TYPE DE PRODUIT :

- Concentré Globulaire  
 Concentré de Plaquettes  
 Plasma  
 Autre (Préciser) : .....
- Numéro de la poche : .....
- Numéro de fraction : .....

Volume transfusé (estimé) : .....ml

**INDICATION de la transfusion :** .....

DESCRIPTION DE LA REACTION	EVOLUTION / DUREE
<input type="checkbox"/> Fièvre ( <input type="checkbox"/> < 39°C / <input type="checkbox"/> > 39°C)	Température avant la transfusion : .....°C
<input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Frissons	Température au moment de la réaction : .....°C
<input type="checkbox"/> Hypotension <input type="checkbox"/> Vomissement	Heure de mise en place de la transfusion : ....H...
<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Angoisse	Heure du début des symptômes : .....H.....
<input type="checkbox"/> Eruption <input type="checkbox"/> Dyspnée	Durée des symptômes : .....
<input type="checkbox"/> Oligo-anurie <input type="checkbox"/> Choc	
<input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Hémoglobinurie	
<input type="checkbox"/> OAP <input type="checkbox"/> Syndrome hémorragique	
<input type="checkbox"/> Autre (Préciser) : .....	
- .....	

<b>IMPUTABILITE</b>	<input type="checkbox"/> Non évaluable	<input type="checkbox"/> Possible
(dans quelle mesure estimez-vous que la réaction est due à la transfusion ?)	<input type="checkbox"/> Exclu	<input type="checkbox"/> Probable
	<input type="checkbox"/> Improbable	<input type="checkbox"/> Certain

<b>GRAVITE DE L'INCIDENT</b>	<input type="checkbox"/> <b>0</b> Dysfonctionnement isolé sans manifestation clinique ou biologique
	<input type="checkbox"/> <b>1</b> Absence de menace vitale (immédiate ou à long terme)
	<input type="checkbox"/> <b>2</b> Morbidité à long terme
	<input type="checkbox"/> <b>3</b> Menace vitale immédiate
	<input type="checkbox"/> <b>4</b> Décès

**THERAPEUTIQUE instaurée :** .....

**ISSUE de la REACTION :** .....

**MEDECIN TRANSFUSEUR** (cachet / signatures lisibles)                      **INFIRMIER(ERE) :**

.....

.....

N° téléphone direct ou d'appel personne du déclarant : .....

Document à renvoyer à la Banque de sang du CHU pour le suivi des réactions/incidents transfusionnels, conformément aux exigences de l'AR du 25 octobre 2006.