



Direction de la santé

**NOTIFICATION D'UNE RÉACTION TRANSFUSIONNELLE / INFECTION VIRALE post-transfusionnelle**

<b>Patient</b>	Nom et prénom :	
	Date de naissance ou numéro matricule :	
	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
<b>Produit sanguin transfusé</b>	No. Unité :	
	Code PS :	
	Type : <input type="checkbox"/> sang total <input type="checkbox"/> globules rouges <input type="checkbox"/> plaquettes <input type="checkbox"/> plasma <input type="checkbox"/> autres :	
	Date de notification :	..... / ..... / .....
	Date et heure de la transfusion (tx) :	..... / ..... / .....
	Délai de la réaction après le début de la transfusion :	..... min / ..... heures / ..... jours / ..... années
	Volume transfusé avant l'arrêt de la transfusion :	..... ml

**Symptômes et signes cliniques / signes biologiques de la réaction**

Signes	avant	après	Symptômes		Biologie
Température °C	.....	.....	<input type="checkbox"/> malaise / gêne	<input type="checkbox"/> douleur lombaire	<input type="checkbox"/> Coombs direct positif
Tension artérielle (mm Hg)	.....	.....	<input type="checkbox"/> frissons	<input type="checkbox"/> douleur thorac/abdom.	<input type="checkbox"/> Hyperbilirubinémie
Pouls	.....	.....	<input type="checkbox"/> démangeaisons	<input type="checkbox"/> nausée/vomissement	<input type="checkbox"/> ALT > 2N
Hémoglobinurie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> urticaire	<input type="checkbox"/> dyspnée	<input type="checkbox"/> Etat réfractaire à la transfusion
Arythmie cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> rougeur	<input type="checkbox"/> insuff.rénale aigue	<input type="checkbox"/> autre : .....
Autres : .....			<input type="checkbox"/> rash/éruptions	<input type="checkbox"/> choc	
			<input type="checkbox"/> jaunisse	<input type="checkbox"/> perte de connaissance	
			<input type="checkbox"/> autre : .....	<input type="checkbox"/> autre : .....	

**Conclusion ou Syndrome (seulement un par rapport) :**

**Immunologique**

- Hémolyse due à une incompatibilité ABO
- Hémolyse due à un allo-anticorps
- Hémolyse non immunologique
- Immunisation de :
  - Érythrocytes  Granulocytes
  - HLA  IgA
  - Plaquettes HP
- PTP (purpura post-tx)
- allergie (modérée)
- anaphylaxie / hypersensibilité
- TRALI (tx related lung injury)

**Infectieux**

- contamination bactérienne  
Germe (s) : .....
- VIH-1/2
- VHB
- VHC
- CMV
- Autre agent : .....

**Parasitaire**

- Paludisme
- Autre agent : .....

**Autres**

- Réaction Tx fébrile non-hémolytique
- TA-GVHD (tx-greffon contre hôte)
- Œdème pulmonaire (insuffisance cardiaque, surcharge volémique)
- Hémosidérose
- Autres réactions graves : .....

**Gravité/Sévérité**

- 0. sans effet
- 1. immédiat, non-vital
- 2. immédiat, vital
- 3. prolongé
- 4. décès

**Imputabilité/Causalité**

- 0. Exclu, improbable
- 1. possible
- 2. probable
- 3. certain

Autres informations cliniques importantes:  
(p.ex. antécédents)

Evolution du patient :

<b>Médecin traitant</b>	Nom et prénom :	
	Tél. :	
	Hôpital / Clinique :	
	Unité de soins :	
<b>Envoyer à la :</b>	<b>Division de l'INSPECTION SANITAIRE / Direction de la Santé</b> <b>c/o Dr. Pierre WEICHERDING</b> Médecin-inspecteur chargé de la surveillance de la transfusion sanguine au niveau national 20, rue de Bitbourg, L-1273 Luxembourg Tél : 247-85650 fax : 48 03 23	