

## Annexe I

# FICHE D'INCIDENT TRANSFUSIONNEL (F.I.T)

### 1- Structure déclarante

1 - 1 Etablissement de soins :

1 - 2 Service :

Unité :

### 2- Patient

2 - 1 Nom, nom de jeune fille, prénom :

Dossier médical N°:

2 - 2 Date de naissance :

Sexe : M  F

2 - 3 Diagnostic médical :

2 - 4 Antécédents :

Obstétricaux Non  Oui  Préciser :

Transfusionnels Non  Oui  Préciser :

Chirurgicaux Non  Oui  Préciser :

Autres (préciser) :

### 3- Contrôles prétransfusionnels

3 - 1 Groupage sanguin ABO et Rh :

3 - 2 Phénotype : C c E e Kell Autres :

3 - 3 RAI : Non  Oui  Date : Résultat :

3 - 4 Ag HBs : Non  Oui  Date : Résultat :

Anti-HCV : Non  Oui  Date : Résultat :

Anti-HIV : Non  Oui  Date : Résultat :

3 - 5 Epreuve de compatibilité au laboratoire : Non  Oui  Date : Résultat :

3 - 6 Contrôle ultime au lit du malade : Non  Oui  Date : Résultat :

### 4- Transfusion sanguine

4 - 1 Date et heure de la transfusion sanguine :

4 - 2 Transfusion Sanguine :  homologue  autologue Volume transfusé :

4 - 3 Indication (s) de la transfusion sanguine :

### 5- Produit(s) sanguin(s) susceptible(s) d'avoir causé l'incident transfusionnel

Nature du produit et qualification	Numéro de poche	Groupe sanguin	ETS producteur	Imputabilité de l'incident*

\* 1 : douteuse

2 : possible

3 : vraisemblable

4 : certaine

**6- Incident transfusionnel**

**6 - 1** Incident survenu pendant la transfusion sanguine  après la transfusion sanguine  Délai :

**6 - 2** Gravité de l'incident transfusionnel 1  2  3  4

1 : absence de menace vitale immédiate ou à long terme (frissons-hyperthermie, urticaire...)

2 : morbidité à long terme (maladies virales, paludisme...)

3 : menace vitale immédiate (état de choc, détresse respiratoire...)

4 : décès

**6 - 3** Manifestations cliniques et/ou biologiques :

Agitation <input type="checkbox"/>	Fièvre <input type="checkbox"/>	Nausées/vomissements <input type="checkbox"/>
Angoisse <input type="checkbox"/>	Frisson <input type="checkbox"/>	OAP <input type="checkbox"/>
Choc <input type="checkbox"/>	Hémoglobinurie <input type="checkbox"/>	Oligo-anurie <input type="checkbox"/>
Douleur <input type="checkbox"/>	Hypo TA <input type="checkbox"/>	S. hémorragique diffus <input type="checkbox"/>
Préciser :	Ictère <input type="checkbox"/>	Sueurs <input type="checkbox"/>
Dyspnée <input type="checkbox"/>	Malaise <input type="checkbox"/>	Urticaire <input type="checkbox"/>
Autres manifestations ( préciser ) :		

**6 - 4** Diagnostic suspecté ou retenu :

INCIDENT IMMEDIAT (dans les 8 jours)	INCIDENT RETARDE
Manifestations allergiques :	Sérologie positive (négative avant transfusion) :
◆ Réactions allergiques	◆ VHC
◆ Réactions anaphylactiques	◆ VHB
◆ Choc anaphylactique	◆ VIH
Incompatibilité immunologique :	◆ Autres virus (préciser)
◆ ABO	◆ Syphilis
◆ RH	◆ Paludisme
◆ Autres systèmes (préciser)	◆ Parasitaire (préciser)
Inefficacité transfusionnelle	◆ Bactérienne (préciser)
Infection bactérienne :	Autres infections (préciser)
◆ Culture positive (préciser)	Réaction du greffon contre l'hôte
◆ Culture en cours	Allo-immunisation :
Surcharge volémique	◆ Anti-érythrocytaire (RAI positive)
Syndrome de détresse respiratoire aiguë post-transfusionnel (TRALI)	◆ Anti-HLA
Complications métaboliques	◆ Autres (préciser)
Purpura post-transfusionnel	Hémochromatose
Autres (préciser)	Autres (préciser)
Inconnu	

Date :...../...../...../

Nom, prénom, signature et cachet du médecin  
responsable de la transfusion sanguine

**NB : Fiche à envoyer dûment remplie à l'établissement de transfusion sanguine (centre de transfusion sanguine ou banque du sang) distributeur des produits sanguins susceptibles d'avoir causé l'incident transfusionnel. Conserver une copie de cette fiche dans le dossier médical du patient.**

## PARTIE RESERVEE A L'ETS DISTRIBUTEUR

7- Numéro de la fiche

N° d'ordre :

Date :

8- Enquête transfusionnelle

En cours

Résultats de l'enquête :

Terminée\*

non réalisée

9- Remarques et conclusions

Date :.../.../.../

Nom, prénom signature et cachet du correspondant  
d'hémovigilance de l'ETS distributeur

---

\* Joindre une copie du rapport d'enquête

NB : Fiche à envoyer par l'ETS distributeur :

- A l'Unité Centrale de la Transfusion Sanguine et des Banques du Sang au Ministère de la Santé Publique et à la structure transfusionnelle d'approvisionnement pour les incidents transfusionnels de types 1,2,3,4.
- Au Comité Hospitalier de Transfusion Sanguine pour les incidents transfusionnels de types 2,3,4.
- A la Direction Régionale de la Santé Publique pour les incidents transfusionnels de types 3,4.



# HEMOVIGILANCE EN TUNISIE

## SCHEMA GENERAL

