

DÉCLARATION D'ÉVÈNEMENT GRAVE

Veillez télécopier ou envoyer par courriel une copie de ce document le plus rapidement possible suivant la détection d'un évènement.

Produit allogénique : Fax : 514-832-0266 / Courriel : HQ-cases.managers@hema-quebec.qc.ca

Produit autologue : Fax : 514-832-0078 / Courriel : -Laboratoiredecellulesouches@hema-quebec.qc.ca

Type d'évènement

- Effet indésirable – Receveur
 Effet indésirable – Donneur
 Accident / Manquement – Produit

Type de produit

- Unité de sang de cordon
 Moelle osseuse
 Cellules souches périphériques allogéniques
 Cellules souches périphériques autologues

ID Receveur : _____

ID Donneur : _____ S/O

Date de la transplantation (jj-mm-aaaa) : _____

Date de la détection de l'évènement (jj-mm-aaaa) : _____

Numéro de dossier du receveur : _____

Nom du Centre hospitalier : _____ Code : _____

Nom du médecin : _____

Numéro de téléphone : _____ Poste : _____

Télécopié le (jj-mm-aaaa) : _____ Par : _____ S/O

Description de l'évènement

Signature (médecin ou son délégué)

Date : _____
(jj-mm-aaaa)