



# RAPPORT SUR UNE INFECTION POST TRANSFUSIONNELLE

Dans le cadre d'un programme visant la sûreté du sang, tous les cas d'infections pouvant être liés à la transfusion de sang ou de produits sanguins doivent être signalés au Service des Enquêtes et des Notifications d'Héma-Québec, qui mènera une enquête auprès des donneurs dont le sang prélevé a été utilisé pour le patient en question. Je comprends qu'Héma-Québec mènera une enquête sur les produits sanguins transfusés au patient et me fera parvenir la conclusion de cette enquête lorsqu'elle sera complétée. Ces conclusions seront aussi envoyées à mon patient.

**Infection en cause :**  Hépatite B  Hépatite C  VIH  HTLVI-II  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nom (à la naissance) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Autre nom (ex : marié) : \_\_\_\_\_ Sexe :  F  M  Fr  An

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa) Tél : \_\_\_\_\_

Date du décès (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

Numéro de référence externe SVP précisez : \_\_\_\_\_

**Le patient a-t-il déjà donné du sang?**  Oui  Non  Inconnu Si oui, en quelle année? \_\_ Dans quelle ville? \_\_\_\_

## Historique des tests (diagnostic)

Énumérer les tests et/ou méthodes diagnostiques utilisés (s.v.p., joindre les copies)

Date (jj-mm-aaaa)	Tests (Elisa, Riba, autre)	Laboratoire (Nom)	Résultats (Pos, Nég, Indéterminé)	Copie	
				Oui	Non
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rempli par (signature): \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

## Historique des transfusions

Énumérer tous les centres hospitaliers où le patient a reçu ou affirme avoir reçu des transfusions

Centre hospitalier	Année
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Rempli par (signature): \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

## Produits sanguins transfusés

Remplir le formulaire « Liste des produits transfusés » (FRM-00042, FRM-00043) ou joindre la liste complète des dons de sang transfusés comprenant : le groupe sanguin, le numéro de don, le type de produit ou composant sanguin, la date de transfusion. Signer et dater (la signature du directeur de la banque de sang ou du remplaçant est requise).

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_ (jj-mm-aaaa)

## Réservé à l'usage d'Héma-Québec

Demandé par :  DSP  CH  Médecin  Patient  Autre : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Numéro d'enquête attribué : \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Poursuivre l'enquête  Oui  Non (Signature chef) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 Envoyé à : (autre établissement) \_\_\_\_\_ Par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 ÉDA  S/O \_\_\_\_\_