



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

DÉCLARATION D'ÉVÈNEMENT GRAVE

Héma-Québec
Registre de donneurs de cellules souches
4045, Côte-Vertu,
St-Laurent, QC, Canada, H4R 2W7
Tél : + 514-832-1031
Télécopie : + 514-832-0266
www.hema-quebec.qc.ca

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

Fax : (514) 832-0266

Courriel : HQ-cases.managers@hema-quebec.qc.ca

Effet indésirable - Receveur

Effet indésirable - Donneur

Accident / Manquement - Produit

ID Receveur : _____ ID Donneur/ Unité sang de cordon : _____

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

À COMPLÉTER PAR LE CENTRE HOSPITALIER

Description de l'évènement :

Signature (médecin ou son délégué)

Date : _____

(jj-mm-aaaa)



DÉCLARATION D'ÉVÈNEMENT GRAVE

À COMPLÉTER PAR HÉMA-QUÉBEC

Évaluation de la gravité : Sévère (déclarer dans SmartCAPA) Non-sévère (aucune action)

N° SmartCAPA : _____ S/O

À Déclarer? Oui Non S/O

Signature / Date : _____