



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 HTLVII-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 » (ENR-00941, ENR-00942) 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 _____