

Réception Swissmedic (ne pas remplir svp)

**Annonce Erreur Transfusionnelle / Near Miss No.:** .....**Responsable Hémovigilance No.:** .....  
(les numéros seront attribués / remplis par Swissmedic)**Initiales du patient, date de naissance ou No. de  
référence interne de l'hôpital****Adresse ou cachet de l'hôpital/de la clinique :****Date de l'évènement****Description de l'évènement****Localisation de la déviation dans la chaîne transfusionnelle** (A quel stade de la procédure de travail la déviation de produisait-elle ?) préparation description       laboratoire       application       autre

Préparation: prescription/prélèvement échantillon/commande produit (Ex: identification du patient pendant prise de sang)

Laboratoire: accueil échantillon/test/stockage/remise (Ex: substitution échantillon, remise faux produit(s))

Application: accueil produit sanguin/stockage intermédiaire/application (Ex: identification du patient avant transfusion)

**Découverte de la déviation** (comment, ou, quand, par qui? Ex: différence groupes sanguins au laboratoire, discordances au niveau de l'examen des documents avant transfusion)

Réception Swissmedic (ne pas remplir svp)

**Annonce Erreur Transfusionnelle / Near Miss No.:** .....**Responsable Hémovigilance No.:** .....

(les numéros seront attribués / remplis par Swissmedic)

**Initiales du patient, date de naissance ou No. de référence interne de l'hôpital****Adresse ou cachet de l'hôpital/de la clinique :****Mesures prises** (Ex: rejet du tube, commande d'un nouvel échantillon, renvoi ou destruction du produit)**Analyse des causes:** (comment la déviation a-t-elle pu se produire?)

- instruction de travail  
 n'existe pas  existe mais n'était pas suivie  
 existe et était suivie mais est insuffisante pour ce cas
- information / communication / documentation  
 erreur humaine, erreur individuelle  
 erreur technique  
 non classable
- description détaillée

**Quand la déviation s'est-elle produite?**

- équipe du jour  équipe de nuit  non déterminable  
 équipe du matin / du soir  week-end

**Gravité / menace** (gravité des effets pour le patient si la déviation n'avait pas été découverte)

1.  non sévère    2.  sévère / atteinte irréversible    3.  menace vitale    4.  décès

**Mesures de précaution** (Quelles mesures permettraient d'éviter la répétition de cette déviation?)**Évaluation de la déviation par la / le Responsable Hémovigilance**

Réception Swissmedic (ne pas remplir svp)

**Annonce Erreur Transfusionnelle / Near Miss No.:** .....

**Responsable Hémovigilance No.:** .....  
(les numéros seront attribués / remplis par Swissmedic)

**Initiales du patient, date de naissance ou No. de  
référence interne de l'hôpital**

**Adresse ou cachet de l'hôpital/de la clinique :**

**Informations complémentaires**

**Date:**

**Signature Responsable Hémovigilance**

**Suivi des modifications**

Version	Valable et définitif à partir du	Modifié sans changement de version	Description, remarques (rédigées par l'auteur)	Paraphe de l'auteur (initiales)
		22.09.14	Numéros de téléphone et de fax actualisés en pied de page, nouveau suivi des modifications inséré dans le document, titre du document adapté dans l'en-tête	sel