

**1) INFORMATIONS RELATIVES  
A LA DISTRIBUTION,  
A LA TRANSFUSION ET A L'ENQUETE**

● Nom de l'établissement : «ETABLISSEMENT»	_ _
● N° PSL: «NO_POCHE»      ● Service demandeur : «SERVICE»	_ _
● Date de la distribution : «DATE_DE_DISTRIBUTION»	
● Type de produit : «NATURE_DU_PRODUIT»	_ _

\*\*\*\*\*

● Enquêteur : .....	● Date de début de remplissage : __ / __ / __
---------------------	---

Si Nom patient = nom receveur, ou si distribution à partir d'un dépôt

- Dossier du patient (receveur) non retrouvé
  - Incapacité à retrouver l'identité du receveur
  - Dossier perdu
  - Autre (préciser)..... |\_|\_|

Si Nom patient ≠ nom receveur

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dossier du patient non retrouvé                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Incapacité à retrouver l'identité du receveur</li> <li><input type="checkbox"/> Dossier perdu</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (préciser).....  _ _ </li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dossier du receveur non retrouvé                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Incapacité à retrouver l'identité du receveur</li> <li><input type="checkbox"/> Dossier perdu</li> <li><input type="checkbox"/> Autre (préciser).....  _ _ </li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|

\*\*\*\*\*

**Tableau : Informations générales sur la transfusion**

<b>Type de distribution</b>		
- Nominative, à partir de l'EFS-AL	<input type="checkbox"/>	_
- A partir d'un dépôt	<input type="checkbox"/>	_
<b>Nature de la transfusion</b>		
- Homologue planifiée	<input type="checkbox"/>	_
- Homologue en urgence	<input type="checkbox"/>	_
- Autologue	<input type="checkbox"/>	_
- Pas d'information	<input type="checkbox"/>	_
<b>Antécédents de transfusion ( 3mois)</b>		
- Oui	<input type="checkbox"/>	_
- Non	<input type="checkbox"/>	_
- Pas d'information	<input type="checkbox"/>	_

**2) PRESENCE DES SUPPORTS DE RECHERCHE**

Si nom patient = nom receveur, ou si distribution à partir d'un dépôt

	Présent dans le dossier patient	Absent du dossier patient		Située dans une autre localisation (préciser)	
		poche provenant d'un dépôt	pas d'information sur le motif		
Ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				.....	
Bon d'attribution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				.....	
Bon de confirmation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				.....	
Fiche transfusionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				.....	

Si nom patient ≠ nom receveur

**Recherche dans le dossier du patient**

	Présent dans le dossier patient	Absent du dossier patient	Située dans une autre localisation (préciser)	
Ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			.....	
Bon d'attribution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			.....	
Bon de confirmation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			.....	
Fiche transfusionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			.....	

**Et recherche dans le dossier du receveur**

	Présent dans le dossier du receveur	Absent du dossier receveur	Située dans une autre localisation (préciser)	
Ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			.....	
Bon d'attribution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			.....	
Bon de confirmation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			.....	
Fiche transfusionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			.....	

### 3) INFORMATIONS REGLEMENTAIREMENT CONSERVEES DANS L'ETABLISSEMENT DE SANTE

#### CRITERES COMMUNS A L'ORDONNANCE ET AU BON D'ATTRIBUTION

	Ordonnance			Bon d'attribution			Concordance entre les deux supports		
	Présent	Absent car non rempli	Absent car non prévu	Présent	Absent car non rempli	Absent car non prévu	Concordant	Discordant	Si discordant, préciser
<b>Informations relatives à l'ES</b>									
Identification de L'ES prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identification du service prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nom du médecin prescripteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Identification du patient</b>									
Nom de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nom marital, le cas échéant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prénoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupe sanguin du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Informations relatives à la transfusion</b>									
Date prévue de la transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nature des produits sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quantité des produits sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### CRITERES COMMUNS AU BON D'ATTRIBUTION ET A LA FICHE TRANSFUSIONNELLE

	Bon d'attribution			Fiche transfusionnelle				Concordance entre les deux supports		
	Présent	Absent car non rempli	Absent car non prévu	Présent	Absent car non rempli	Absent car non prévu	Présent ailleurs dans le dossier	Concordant	Discordant	Si discordant, préciser
<b>A NE PAS REMPLIR EN CAS DE PSL RÉ ATTRIBUÉ</b>										
<b>Informations relatives au PSL</b>										
Numéro de PSL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Type de produit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupe Rhésus du PSL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Identification du patient</b>										
Nom de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nom marital, le cas échéant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prénoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupe sanguin du patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**3) INFORMATIONS REGLEMENTAIREMENT CONSERVEES DANS L'ETABLISSEMENT DE SANTE (suite)**

**CRITERES COMMUNS A LA FICHE TRANSFUSIONNELLE ET AU BON DE CONFIRMATION DE TRANSFUSION**

	Fiche transfusionnelle					Bon de confirmation				Concordance entre les deux documents			
	Présent	Absent car non rempli	Absent car non prévu	Présent ailleurs dans le dossier	N A	Présent	Absent car non rempli	Absent car non prévu	N A	Concordance	Discordance	N A	Si discordant, Préciser
<b>Identification du receveur</b>													
Nom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nom marital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prénoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Identification du PSL</b>													
Numéro de PSL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Type de produit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Renseignements sur la transfusion</b>													
Date	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Préciser	__/__/__			__/__/__		__/__/__							
Heure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Préciser	...h...mn			...h...mn		...h...mn							
Service transfuseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Préciser	.....			.....		.....							
Nom du médecin responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Devenir du PSL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Si présent, préciser si	/_/_/			/_/_/		/_/_/							
1) administré ou 2) détruit,													
3) retour à l'EFS*													

• dans le cas d'un retour omis par l'EFS



**4) INFORMATIONS REGLEMENTAIREMENT CONSERVEES DANS L'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG**

	Présence du critère sur le document de l'EFS				Concordance avec le bon de confirmation			Concordance avec la fiche transfusionnelle		
	Présent	Absent car non rempli	Absent car non prévu	NA	Concordant	Discordant	Si discordant, Préciser	Concordant	Discordant	Si discordant, Préciser
<b>Renseignements sur le receveur</b>										
Nom de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nom marital, le cas échéant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prénom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Date de naissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groupe sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA	NA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Renseignements sur la transfusion</b>										
Date de la transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heure de la transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Identification du médecin responsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Service transfuseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Devenir du PSL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si présent, préciser si 1) administré ou 2) détruit	/ /									