

FORMULAIRE DE COMMENTAIRES – CLIENTS HOSPITALIERS

SERVICES DE DON ET DE TRANSPLANTATION D'ORGANES

POUR OBTENIR CE FORMULAIRE DANS UN AUTRE FORMAT, VÉUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE SERVICE D'AIDE DU RCT AU 1-855-274-2889.

| | | |
|---|--|--|
| HÔPITAL – PERSONNE-RESSOURCE | | |
| NOM : | TÉLÉPHONE : | |
| POSTE : SÉLECTIONNER LE POSTE QUE VOUS OCCUPEZ | COURRIEL : | |
| ÉTABLISSEMENT : SÉLECTIONNER L'ÉTABLISSEMENT OU LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT | | |
| PAYS : NOM DU PAYS | | |
| COMMENTAIRES | | |
| DATE DE LA DÉCOUVERTE DU PROBLÈME : | DATE DE L'APPARITION DU PROBLÈME : | |
| PRODUIT : <input type="checkbox"/> Autre problème, non lié aux produits sanguins | | |
| PROGRAMME NATIONAL CONCERNÉ : SÉLECTIONNER UN PROGRAMME | | |
| LIEU(X) DU PROBLÈME : | | |
| CATÉGORIE | | |
| <input type="checkbox"/> RCT Sélectionner une option | <input type="checkbox"/> PPHI Sélectionner une option | <input type="checkbox"/> Typage HLA Sélectionner une option |
| <input type="checkbox"/> DCR Sélectionner une option | <input type="checkbox"/> Liste d'attente (LANO) Sélectionner une option | <input type="checkbox"/> Opération Sélectionner une option |
| <input type="checkbox"/> Conditionnement Sélectionner une option | <input type="checkbox"/> Donneur vivant/décédé Sélectionner une option | <input type="checkbox"/> Étiquetage Sélectionner une option |
| <input type="checkbox"/> Qualité de l'organe Sélectionner une option | <input type="checkbox"/> Livraison Sélectionner une option | |
| DÉTAILS - Veuillez décrire le problème : | | |
| | | |

LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI ET LES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE PERTINENTS DOIVENT ÊTRE ENVOYÉS PAR COURRIEL OU PAR FAX
AU REGISTRE CANADIEN DE TRANSPLANTATION (VOIR PAGE 2).

HCF ID (RÉSERVÉ À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG) :

FORMULAIRE DE COMMENTAIRES – CLIENTS HOSPITALIERS

SERVICES DE DON ET DE TRANSPLANTATION D'ORGANES

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG – COORDONNÉES

VEUILZ ENVOYER LE FORMULAIRE AU REGISTRE CANADIEN DE TRANSPLANTATION À transplantregistry@blood.ca OU PAR FAX AU 613-260-4090.

SECTION RÉSERVÉE À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG

| | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| ACCUSÉ DE RÉCEPTION | FORMULAIRE REÇU PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |
| | RÉPERCUSSIONS : <input type="checkbox"/> CRITIQUES – PATIENT(S) <input type="checkbox"/> IMPORTANTES – PATIENT(S) ET SERVICE À LA CLIENTÈLE <input type="checkbox"/> MINEURES – PATIENT(S) ET SERVICE À LA CLIENTÈLE <input type="checkbox"/> RETARD DANS LE(S) TRAITEMENT(S) <input type="checkbox"/> MODÉRÉES – PATIENT(S) ET SERVICE À LA CLIENTÈLE <input type="checkbox"/> AUCUNE | | |
| GRAVITÉ DU PROBLÈME ÉVAL. INITIALE | ÉVALUATION DES RÉPERCUSSIONS RÉALISÉE PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |
| | RÉPERCUSSIONS : <input type="checkbox"/> AUCUN CHANGEMENT P/R À L'ÉVALUATION INITIALE <input type="checkbox"/> CRITIQUES – PATIENT(S) <input type="checkbox"/> IMPORTANTES – PATIENT(S) ET SERVICE À LA CLIENTÈLE <input type="checkbox"/> MODÉRÉES – PATIENT(S) ET SERVICE À LA CLIENTÈLE <input type="checkbox"/> MINEURES – PATIENT(S) ET SERVICE À LA CLIENTÈLE <input type="checkbox"/> RETARD DANS LE(S) TRAITEMENT(S) <input type="checkbox"/> AUCUNE | | |
| QER | ÉVALUATION DES RÉPERCUSSIONS RÉALISÉE PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |
| | RAPPORT D'ÉVÉNEMENT (QER) REQUIS? <input type="checkbox"/> Oui N° DE RAPPORT : _____ <input type="checkbox"/> Non _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |
| MESURES IMMÉDIATES ET ENQUÊTE | <input type="checkbox"/> S.O. (SECTION NON REQUISE SI UN RAPPORT D'ÉVÉNEMENT A ÉTÉ SOUMIS) MESURES IMMÉDIATES PRISES : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | |
| | MESURES IMMÉDIATES PRISES PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |
| | ENQUÊTE ET CAUSE DU PROBLÈME : | | |
| | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | |
| | ENQUÊTE RÉALISÉE PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |
| | MESURES IMMÉDIATES ET ENQUÊTE REVUES ET APPROUVED PAR : | | |
| | RESPONSABLE OU REMPLAÇANT(E) DÉSIGNÉ(E) : _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |
| SUIVI AUPRÈS L'HÔPITAL | DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE PERTINENTS JOINTS? <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Oui | | |
| | SUIVI EFFECTUÉ PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |
| | <input type="checkbox"/> S.O. ÉVÉNEMENT NON CLASSÉ COMME CRITIQUE OU IMPORTANT | | |
| | SUIVI FINAL EFFECTUÉ PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____ | | |

HCF ID (RÉSERVÉ À LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG) :