

SERVICES DE DON ET DE TRANSPLANTATION D'ORGANES



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	

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 :			

F801077FR (2018-04-16)

FORMULAIRE DE COMMENTAIRES – CLIENTS HOSPITALIERS

SERVICES DE DON ET DE TRANSPLANTATION D'ORGANES

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU SANG – COORDONNÉES

VEUILLEZ 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 _____	
GRAVITÉ DU PROBLÈME	ÉVAL. INITIALE	RÉPERCUSSIONS : <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 ÉVALUATION DES RÉPERCUSSIONS RÉALISÉE PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____
	ÉVAL. FINALE	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 ÉVALUATION DES RÉPERCUSSIONS RÉALISÉE PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____
QER	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 : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ MESURES IMMÉDIATES PRISES PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____	
	ENQUÊTE ET CAUSE DU PROBLÈME : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ ENQUÊTE RÉALISÉE PAR : _____ SIGNATURE _____ DATE _____	
	MESURES IMMÉDIATES ET ENQUÊTE REVUES ET APPROUVÉES PAR : RESPONSABLE OU REMPLAÇANT(E) DÉSIGNÉ(E) : _____ SIGNATURE _____ DATE _____	
SUIVI AUPRÈS DE 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) : _____