

**Fiche de recueil complémentaire a la fEIR**

**EN CAS D’Allergie de grade >2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Numéro de la FEIR :*** | E | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Préfixe Code Site ETS Code ES (Finess) Année Numéro d’ordre

**Date de remplissage :**

# Données relatives au patient et à l’effet indésirable receveur (EIR)

1. **Antécédents**

* **Antécédents allergiques :** Oui Non Non précisé

*Si oui, précisez lesquelles (urticaires, rhinite, asthme, choc anaphylactique…) ? :*

*…………………………………………………………………………………………………….........................*

*Si allergène(s) identifié(s), précisez :*

*…………………………………………………………………………………………………….........................*

* **Antécédent d’EIR :**

*Pour tout antécédent d’EIR, précisez la date, la catégorie diagnostique, la gravité et le type de PSL impliqués pour chacun d’entre eux :*

* *FEIR n° :* /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

*Date : Catégorie diagnostique :*

*Gravité : Type de PSL impliqué :*

* *FEIR n° :* /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

*Date : Catégorie diagnostique :*

*Gravité : Type de PSL impliqué :*

* *FEIR n° :* /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/ /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

*Date : Catégorie diagnostique :*

*Gravité : Type de PSL impliqué :*

* **Antécédent de transfusion de PFC-IA :** Oui Non Non précisé

*Si oui, précisez la quantité et les dates :*

* **Antécédent d’utilisation d’Amotosalen :** Oui Non Non précisé

ou d’un autre psoralène

*Si oui, précisez le psoralène et la nature de l’exposition :*

*……………………………………………………………………………………………………..............................*

* **Antécédent de transfusion avec d’autres PFC :** Oui Non Non précisé

*Si oui, précisez le type de PFC, la quantité et les dates :*

*……………………………………………………………………………………………………..............................*

* **Prémédication :** Oui Non Non précisé

*Si oui, précisez l’heure : /\_\_ /\_\_/ h /\_\_/\_\_/ mn*

*et le type (médicament, posologie) : ………………………………………………………………………………………………………………...............*

*……………………………………………………………………………………………………..............................*

* **Episode transfusionnel :**
* Heure de début de l’épisode transfusionnel : à préciser sur la FEIR
* Heure de fin de l’épisode transfusionnel : à préciser sur la FEIR
* Heure de début des symptômes observés : à préciser sur la FEIR

Précisez la chronologie d’administration des PSL et des médicaments entre 6 heures avant et 6 heures après le début des signes (en précisant bien le PSL en cours de transfusion au moment de l’EIR):

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

Parmi les médicaments ci-dessus, indiquer ceux qui ont déjà été utilisés chez le patient ou qui ont été réintroduits après l’effet indésirable :

.…………………………………………………………………………………………………………….........…….………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………….........................................................................

1. **Symptomatologie**
   1. **Signes cliniques**

Les signes généraux, cutanéo-muqueux, respiratoires et digestifs sont à renseigner sur la FEIR.

Merci de préciser les données suivantes**:**

En cas d’urticaire :

* Urticaire localisée Oui Non Non précisé
* Urticaire généralisée Oui Non Non précisé

En cas d’angio-œdème, en préciser la nature (face, muqueuses…) *: ……………………………………………………………………………………………………...….......................*

*……………………………………………………………………………………...………………….......................*

Autres signes :

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

* 1. **Signes biologiques (bilan initial)**

Le délai et le circuit des prélèvements ont-ils été respectés ? Oui Non

Si non, précisez :

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

* Tryptase :
* valeurs habituelles du laboratoire : < /\_\_/\_\_/\_\_/ μg/L
* après EIR : /\_\_/\_\_/\_\_/ μg/L Préciser heure prélèvement : /\_\_/\_\_/ h /\_\_/\_\_/
* Tryptase à ≥ 24h /\_\_/\_\_/\_\_/ μg/L
* Histamine :
* valeurs habituelles du laboratoire : < /\_\_/\_\_/\_\_/ nmol/L
* après EIR /\_\_/\_\_/\_\_/ nmol/L Préciser heure prélèvement /\_\_/\_\_/ h /\_\_/\_\_/
* Dosage IgA /\_\_/\_\_/\_\_/ g/L

Si déficit, résultat de la recherche des Ac anti-IgA :

* Autres examens en rapport avec l’EIR :

…………………………………………………………………………………………………………………..............…………………………………………………………………………………………………………………..........

1. **Traitement instauré**

…………………………………………………………………………………………………………………............

…………………………………………………………………………………………………………………............

…………………………………………………………………………………………………………………............

…………………………………………………………………………………………………………………............

1. **Evolution sous traitement**

…………………………………………………………………………………………………………………............

…………………………………………………………………………………………………………………............

…………………………………………………………………………………………………………………............

…………………………………………………………………………………………………………………............

1. **Bilan allergologique effectué à distance** (en cas d’EIR de grade 3 uniquement).

**- Tests cutanés :**

Date de réalisation :

au PFC-IA transfusé : Positif Négatif Non testé

au PFC-SD transfusé : Positif Négatif Non testé

à l’Amotosalen : Positif Négatif Non testé

autre (précisez) : Positif Négatif Non testé

autre (précisez) : Positif Négatif Non testé

**- Test d’activation des basophiles en cytométrie de flux :**

Date de réalisation :

au PFC-IA transfusé Positif Négatif Non testé

au sérum natif du PFC-IA transfusé Positif Négatif Non testé

au PFC-SD transfusé Positif Négatif Non testé

à l’Amotosalen Positif Négatif Non testé

autre (précisez) : Positif Négatif Non testé

autre (précisez) : Positif Négatif Non testé

**Données relatives au(x) donneur(s) : à remplir par l’ETS**

* **Nombre de donneurs impliqués dans l’épisode transfusionnel :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Donneur 1 | Donneur 2 | Donneur 3 | Donneur 4 |
| Nombre de dons antérieurs |  |  |  |  |
| Est-il déjà impliqué dans un EIR allergique ?  **Si oui** - Date  - Type PSL  - N°FEIR |  |  |  |  |
| Terrain allergique ? |  |  |  |  |

* **Données relatives au(x) PSL de l’épisode transfusionnel :**

Pour chaque PSL transfusé lors de l’épisode transfusionnel, précisez :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PSL 1**  **Type de PSL : ….** | **PSL 2**  **Type de PSL : ….** | **PSL 3**  **Type de PSL : ….** | **PSL 4**  **Type de PSL : ….** |
| Autres PSL issus du même don\* | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non |
| Autre unité transfusée  Si oui :  Même receveur  Autre receveur | Oui Non  Oui Non  Oui Non | Oui Non  Oui Non  Oui Non | Oui Non  Oui Non  Oui Non | Oui Non  Oui Non  Oui Non |
| EIR avec autre unité | Oui Non | Oui Non | Oui Non | Oui Non |

\* hors plasma LFB

⮚ En cas de transfusion de PFC-IA, indiquez le(les) numéro(s) de lot du (des) dispositif(s) Cerus utilisé(s) ainsi que le site de préparation du PFC-IA :

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

……………………………………………………………………………………………………………...................

⮚ Déclaration de matériovigilance : Oui Non