

DISPOSITIF DE DECLARATION ELECTRONIQUE DES IG

DECLARATION PAR CHV ES PAR CARTE « CPS »

UNITE HEMOVIGILANCE



Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé

**Accès sur le portail e-FIT FIG par carte CPS à
l'adresse suivante :**

<https://e-fit.afssaps.fr/rnhv/rnhv/loginApplet.html>



*Agence française de sécurité sanitaire
des produits de santé*

AVERTISSEMENT

Le dispositif déclaratif des FIG impose actuellement la déclaration par le CHV de l'établissement dans lequel l'incident grave a été découvert (lieu de découverte).

Lorsque l'incident est découvert dans l'ES et est survenu dans un ETS ou vice-versa, il est impératif que les CHV des 2 établissements (ES et ETS) s'informent mutuellement et se concertent avant de créer la FIG sur e-FIT afin de définir clairement les lieux de découverte et de survenue. Ces lieux conditionnent la numérotation de la FIG (non modifiable par la suite) et l'accès ultérieur à cette FIG

Au besoin, les CHV peuvent s'adresser au CRH et éventuellement à l'Afssaps



Réseau National d'Hémovigilance
Déclaration et Gestion des événements
indésirables transfusionnels



*Enregistrement, traitement,
évaluation et investigation des
événements indésirables
transfusionnels.*

*Publications, annuaires et
actualités pour les acteurs du
réseau d'hémovigilance français.*



Bienvenue sur le site de l'hémovigilance



Veuillez introduire votre Carte de Professionnel de Santé
puis cliquer sur "Suivant".

SUIVANT

[Aide à l'installation](#)

Réseau National d'Hémovigilance
Déclaration et Gestion des événements
indésirables transfusionnels



*Enregistrement, traitement,
évaluation et investigation des
événements indésirables
transfusionnels.*

*Publications, annuaires et
actualités pour les acteurs du
réseau d'hémovigilance français.*



Sélectionnez une déclaration



- | | |
|-------|--|
| FEIR | Effets indésirables receveurs |
| FEIGD | Effets indésirables graves donneurs |
| FIG | Incidents graves de la chaîne transfusionnelle |

[Aide à l'installation](#)

Réseau National d'Hémovigilance
Déclaration et Gestion des événements
indésirables transfusionnels



*Enregistrement, traitement,
évaluation et investigation des
événements indésirables
transfusionnels.*

*Publications, annuaires et
actualités pour les acteurs du
réseau d'hémovigilance français.*



Sélectionnez une déclaration



FEIR [Effets indésirables receveurs](#)

FIG [Incidents graves de la chaîne transfusionnelle](#)

[Aide à l'installation](#)



vendredi 19/03/2010

M. Cestit CESTIT

[« Autres déclarations](#)

[ME DECONNECTER](#) [AIDE](#)

e-FIT version 2.0 (2010/03/12)
(Formation)

Gestion des FIG

■ Accueil

Sélectionnez une opération

[Création d'une FIG](#)

FIG N°:

OUVRIR



vendredi 19/03/2010

M. Cestit CESTIT

[« Autres déclarations](#)

[ME DECONNECTER](#) [AIDE](#)

e-FIT version 2.0 (2010/03/12)
(Formation)

Gestion des FIG

■ Création d'une FIG

Étape 1 : sélectionnez le lieu de découverte

☐ Etablissement de Santé Précisez :

☐ Tiers (hors ES, hors ETS) Précisez l'établissement de santé en relation avec le tiers :

Étape 2 : sélectionnez le lieu de survenue

☐ Etablissement de Santé Précisez :

☐ ETS Précisez :

☐ Tiers (hors ES, hors ETS) Précisez l'établissement de santé en relation avec le tiers :

ETAPE SUIVANTE



vendredi 19/03/2010

M. Cestit CESTIT

[ME DECONNECTER](#) [AIDE](#)e-FIT version 2.0 (2010/03/12)
(Formation)[← Autres déclarations](#)

Gestion des FIG

■ FICHE INCIDENT GRAVE DE LA CHAÎNE TRANSFUSIONNELLE

ENREGISTRER

ANNULER

1 Numéro de la Fiche :

2 Déclarants :

ETS :

SITE :

ES : **ES de test**

3 Chronologie des événements :

Date de survenue : * Heure de survenue : h mnDate à laquelle le professionnel a eu connaissance de l'incident : Date de signalement au correspondant hémovigilance : Date de déclaration : **19/03/2010**

4 Lieu de survenue :

☐ ETS☒ ESChoisissez... ☐ Autreprécisez :

5 Lieu de découverte :

☐ ETS☒ ES☐ Autre :précisez :

Gestion des FIG

FIG FICHE INCIDENT GRAVE DE LA CHAÎNE TRANSFUSIONNELLE

ENREGISTRER

ANNULER

1 Numéro de la Fiche :

2 Déclarants :

ETS :

SITE :

ES : **ES de test**

3 Chronologie des événements :

Date de survenue : * Heure de survenue : h mnDate à laquelle le professionnel a eu connaissance de l'incident : Date de signalement au correspondant hémovigilance : Date de déclaration : **19/03/2010**

4 Lieu de survenue :

☐ ETS☒ ES☐ Autre

Choisissez...

Choisissez...

ES Dépôt de sang : dépôt de délivrance

ES Dépôt de sang : dépôt relais

ES Dépôt de sang : dépôt d'urgence vitale

ES Hors dépôt de sang

Labo

5 Lieu de déclaration :

☐ ETS☒ ES☐ Autre : précisez :

6 Alerte des autres vigilances :

☐ OUI ☐ NON

5 Lieu de découverte :☐ ETS☒ ES☐ Autre : précisez : **6 Alerte des autres vigilances :**☐ OUI ☐ NON

Si Oui précisez :

☐ Pharmacovigilance ☐ Matéiovigilance ☐ Biovigilance ☐ Réactovigilance ☐ CLIN**7 Nature de l'incident ayant motivé la déclaration (un seul choix possible) :**☐ identification patient ou donneur☐ dans étapes processus libération PSL par ETS☐ dans étapes processus d'analyses IH receveur☐ communication intra ou inter établissements☐ prescription PSL☐ prescription d'analyses IH receveur☐ délivrance de PSL☐ transfusion à l'ES☐ conservation et/ou d'entreposage de PSL☐ transport/acheminement PSL et/ou documents de PSL☐ transport/acheminement tubes d'analyses IH receveur et/ou documents de IH receveur☐ Non-transfusion☐ Retard à la transfusion☐ Autre Si autre, précisez : **8 Motif de déclaration :**☐ Transfusion réalisée☐ Gravité potentielle☐ Incident répétitif☐ Absence d'étape bloquante ultérieure☐ PSL avant libération☐ Incident exceptionnel☐ Autre

9 Enquête initiale (chronologie, analyse des principales causes, conséquences potentielles) :**10 Conséquences :**

Pour le patient :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune manifestation clinique ou biologique | <input type="checkbox"/> Effet indésirable (EI) chez le receveur ou donneur |
| <input type="checkbox"/> Morbidité liée à une non-transfusion | <input type="checkbox"/> Mortalité liée à une non-transfusion |
| <input type="checkbox"/> Morbidité liée à un retard de transfusion | <input type="checkbox"/> Mortalité liée à un retard de transfusion |
| <input type="checkbox"/> Re-prélèvement du patient | <input type="checkbox"/> Interruption de protocole transfusionnel |

Concernant le produit (un seul choix possible) :

- ☐ Aucune conséquence ☐ Perte ou destruction du PSL
☐ Mise en quarantaine du PSL ☐ Autre

Autre que patient et produit :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune conséquence | <input type="checkbox"/> Difficultés d'approvisionnement en PSL |
| <input type="checkbox"/> Retard de soins | <input type="checkbox"/> Non-respect des délais hors urgence |
| <input type="checkbox"/> Non-respect des délais en contexte d'urgence | <input type="checkbox"/> Transfusion non-justifiée |
| <input type="checkbox"/> Transfusion au-delà des 6h après réception par le service/unité de soins | |
| <input type="checkbox"/> Non-respect des procédures de transfusion | |

Si autre, précisez :

1.1 Mesure(s) préventive(s) :☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Si oui précisez :

Mesure 1

Mesure 2

Autres mesures

1.2 Mesure(s) correctives(s) :☐ OUI ☐ NON ☐ NSP

Si oui précisez :

Mesure 1

Mesure 2

Autres mesures

1.3 Enquête :
☐ en cours
 ☐ terminée
 ☐ non réalisée
 ☐ non réalisable

Date :

1.4 Déclarations associées :☐ FEIR associée☐ FEIGD associée☐ ACR associée**1.5 Signature du (des) correspondant(s) d'hémovigilance :**☐ ES : Nom, Prénom :**CESTIT Cestit**

Téléphone :

CPS : ☒ OUI ☐ NON☐ ETS : Nom, Prénom :

Téléphone :

1.6 Tableau des défaillances :

N°	Etape(s) de la chaîne transfusionnelle où est survenu l'incident	Défaillances observées liées à...
1	Choisissez...	<input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...) <input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Institution
2	Choisissez...	<input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...) <input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Institution
		<input type="checkbox"/> Organisation / interne

16 Tableau des défaillances :

N°	Etape(s) de la chaîne transfusionnelle où est survenu l'incident	Défaillances observées liées à...
1	Choisissez...	<div> <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Individu </div> <div> <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Patient </div> <div> <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Institution </div> <div> <input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...) </div>
2	Choisissez...	<div> <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Individu </div> <div> <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Patient </div> <div> <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Institution </div> <div> <input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...) </div>
3	Choisissez...	<div> <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Individu </div> <div> <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Patient </div> <div> <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Institution </div> <div> <input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...) </div>
4	Choisissez...	<div> <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Individu </div> <div> <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Patient </div>

16 Tableau des défaillances :

N°	Etape(s) de la chaîne transfusionnelle où est survenu l'incident	Défaillances observées liées à...
1	<div>Choisissez...</div> <div> <div>Choisissez...</div> <div>Collecte : Sélection</div> <div>Collecte : Prélèvement sang total</div> <div>Collecte : Prélèvement par aphérèse</div> <div>Qualification biologique du don</div> <div>Préparation</div> <div>Conservation à l'ETS/CTSA</div> <div>Dépôt de sang : Réception</div> <div>Dépôt de sang : Conservation</div> <div>Dépôt de sang : Gestion Stock</div> <div>Dépôt de sang : Mise à disposition (dépôt relais)</div> <div>Délivrance (ETS,CTA,Dépôt de sang)</div> <div>Transport (dans les deux sens) : ETS ou CTSA - Dépôt de sang</div> <div>Transport (dans les deux sens) : Dépôt de sang - Service soins</div> <div>Transport (dans les deux sens) : ETS-CTSA - Service soins</div> <div>Réception en service de soins</div> <div>Entreposage</div> <div>Identification du patient</div> <div>Prescription</div> <div>Prélèvement tubes</div> <div>Acheminement tubes</div> <div>Laboratoire</div> <div>Acte transfusionnel : Préparation de la transfusion</div> <div>Acte transfusionnel : Contrôle des concordances</div> <div>Acte transfusionnel : Contrôle de compatibilité ABO</div> <div>Acte transfusionnel : Surveillance de la transfusion</div> <div>Autre</div> </div>	<div> <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Individu </div> <div> <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Patient </div> <div> <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Institution </div> <div> <input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...) </div>
2		<div> <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Individu </div> <div> <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Patient </div> <div> <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Institution </div> <div> <input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...) </div>
3		<div> <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Individu </div> <div> <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Patient </div> <div> <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Institution </div> <div> <input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...) </div>
4	<div>Choisissez...</div>	<div> <input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Individu </div> <div> <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Patient </div>

8	Choisissez...	<div>Réactifs, Anticoagulants, ...)</div> <div><input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement</div> <div><input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement</div> <div><input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités</div> <div><input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...)</div> <div><input type="checkbox"/> Individu</div> <div><input type="checkbox"/> Patient</div> <div><input type="checkbox"/> Institution</div>
9	Choisissez...	<div><input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement</div> <div><input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement</div> <div><input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités</div> <div><input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...)</div> <div><input type="checkbox"/> Individu</div> <div><input type="checkbox"/> Patient</div> <div><input type="checkbox"/> Institution</div>
10	Choisissez...	<div><input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement</div> <div><input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement</div> <div><input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités</div> <div><input type="checkbox"/> Consommables (DM, Réactifs, Anticoagulants, ...)</div> <div><input type="checkbox"/> Individu</div> <div><input type="checkbox"/> Patient</div> <div><input type="checkbox"/> Institution</div>

Précisez

ENREGISTRER

ANNULER

[Haut de page](#)



vendredi 19/03/2010

M. Cestit CESTIT

[« Autres déclarations](#)

[ME DECONNECTER](#) [AIDE](#)

e-FIT version 2.0 (2010/03/12)
(Formation)

Gestion des FIG

■ Création d'une FIG

Votre FIG a bien été créée. Elle porte le numéro :

IG.TEST.123456789.10.0008

[« Retour à la fiche](#)

[« Retour à la gestion des FIG](#)

vendredi 19/03/2010

M. Cestit CESTIT

[ME DECONNECTER](#) [AIDE](#)e-FIT version 2.0 (2010/03/12)
(Formation)[« Autres déclarations](#)

Gestion des FIG

[Impression PDF](#) 

■ FICHE INCIDENT GRAVE DE LA CHAÎNE TRANSFUSIONNELLE

[« Retour à la gestion des FIG](#)[MODIFIER](#)**1 Numéro de la Fiche :** IG.TEST.123456789.10.0008**2 Déclarants :**ETS : ETS de test
SITE : ST de test
ES : ES de test**3 Chronologie des événements :**Date de survenue : **18/03/2010** Heure de survenue : h mn

Date à laquelle le professionnel a eu connaissance de l'incident :

Date de signalement au correspondant hémovigilance :

Date de déclaration : **19/03/2010****4 Lieu de survenue :**☒ ETS
☐ ES
☐ Autre précisez :**5 Lieu de découverte :**☐ ETS
☒ ES
☐ Autre : précisez :

Impression PDF

FICHE INCIDENT

[Retour à la gestion des FIG](#)

1 Numéro de la Fiche :

2 Déclarants :

ETS : ETS de test
SITE : ST de test
ES : ES de test

3 Chronologie des évènements

Date de survenue : 18/03/2010

Date à laquelle le professionnel a

Date de signalement au correspo

Date de déclaration : 19/03/2010

4 Lieu de survenue :


☒ ETS
☐ ES
☐ Autre précisez :

5 Lieu de découverte :


☐ ETS
☒ ES
☐ Autre : précisez :

Téléchargement de fichier

Voulez-vous ouvrir ou enregistrer ce fichier ?

 Nom : FIG_IG_TEST_123456789_10_0008.pdf
Type : Adobe Acrobat Document, 9,71 Ko
Source : e-fit.afssaps.fr

Ouvrir Enregistrer Annuler

 Si les fichiers téléchargés depuis Internet sont utiles, certains fichiers peuvent présenter des risques pour votre ordinateur. N'ouvrez pas ou n'enregistrez pas ce fichier si vous n'êtes pas sûr de son origine.
[Quels sont les risques ?](#)

1 Numéro de la fiche :

I G

Préfixe

T E S T

Code Site ETS

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Code ES (Finess)

1 0

Année

0 0 0 8

Numéro d'ordre

FICHE INCIDENT GRAVE DE LA CHAÎNE TRANSFUSIONNELLE

2 Déclarants : ETS : ETS de test

SITE : ST de test

ES : ES de test

3 Chronologie des événements :

Date de survenue : 18/03/2010

Heure de survenue : __ h __ mn

Date à laquelle le professionnel a eu connaissance de l'incident : __/__/__

Date de signalement au correspondant hémovigilance : __/__/__

Date de déclaration : 19/03/2010

4 Lieu de survenue :

☒ ETS☐ ES, précisez☐ Autre :

Si autre, précisez :

5 Lieu de découverte :

☐ ETS☒ ES☐ Autre :

Si autre, précisez :

6 Alerte des autres vigilances :

☒ Oui ☐ Non

6 Alerte des autres vigilances :

☒ Oui ☐ Non

Si Oui précisez : ☐ Pharmacovigilance ☒ Matéiovigilance ☐ Biovigilance ☐ Réactovigilance ☐ CLIN

7 Nature de l'incident ayant motivé la déclaration (un seul choix possible) :

- ☐ Identification patient ou donneur ☐ Dans étapes processus libération PSL par ETS
☐ Dans étapes processus d'analyses IH receveur ☐ Communication intra ou inter établissements
☐ Prescription PSL ☐ Prescription d'analyses IH receveur
☐ Délivrance de PSL ☐ Transfusion à l'ES
☒ Conservation et/ou d'entreposage de PSL
☐ Transport/acheminement PSL et/ou documents de PSL
☐ Transport/acheminement tubes d'analyses IH receveur et/ou documents de IH receveur
☐ Non-transfusion ☐ Retard à la transfusion
☐ Autre

Si autre, précisez :

8 Motif de déclaration :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Transfusion réalisée | <input checked="" type="checkbox"/> Gravité potentielle |
| <input type="checkbox"/> Incident répétitif | <input type="checkbox"/> Absence d'étape bloquante ultérieure |
| <input type="checkbox"/> PSL avant libération | <input type="checkbox"/> Incident exceptionnel |
| <input type="checkbox"/> autre | |

9 Enquête initiale (chronologie, analyse des principales causes, conséquences potentielles) :

I G

Préfixe

T E S T

Code Site ETS

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Code ES (Finess)

1 0

Année

0 0 0 8

Numéro d'ordre

10 Conséquences :**Pour le patient :**

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Aucune manifestation clinique ou biologique | <input type="checkbox"/> Effet indésirable (EI) chez le receveur ou donneur |
| <input type="checkbox"/> Morbidité liée à une non-transfusion | <input type="checkbox"/> Mortalité liée à une non-transfusion |
| <input type="checkbox"/> Morbidité liée à un retard de transfusion | <input type="checkbox"/> Mortalité liée à un retard de transfusion |
| <input type="checkbox"/> Re-prélèvement du patient | <input type="checkbox"/> Interruption de protocole transfusionnel |

Concernant le produit (un seul choix possible) :

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="radio"/> Aucune conséquence | <input type="radio"/> Perte ou destruction du PSL |
| <input type="radio"/> Mise en quarantaine du PSL | <input type="radio"/> Autre |

Autres que patient et produit :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aucune conséquence | <input type="checkbox"/> Difficultés d'approvisionnement en PSL |
| <input type="checkbox"/> Retard de soins | <input type="checkbox"/> Non-respect des délais hors urgence |
| <input checked="" type="checkbox"/> Non-respect des délais en contexte d'urgence | <input type="checkbox"/> Transfusion non-justifiée |
| <input type="checkbox"/> Transfusion au-delà des 6h après réception par le service/unité de soins | |
| <input type="checkbox"/> Non-respect des procédures de transfusion | |

Si autre, précisez :

11 Mesure(s) préventive(s) :

- ☐
- Oui
- ☐
- Non
- ☒
- NSP

Si oui précisez :

Mesure 1 :**Mesure 2 :**

12 Mesure(s) corrective(s) :

☐ Oui
 ☐ Non
 ☒ NSP

Si oui précisez :

Mesure 1 :

Mesure 2 :

Autres mesures :

13 Enquête :

☒ en cours
 ☐ terminée
 ☐ non réalisée
 ☐ non réalisable
 Date : __/__/__

14 Déclarations associées :

☐ FEIR associée
 ☐ FEIGD associée
 ☐ ACR associée

15 Signature du (des) correspondant(s) d'hémovigilance :

☐ ES : Nom, Prénom : CESTIT Cestit

Téléphone :

CPS : ☒ Oui ☐ Non

☐ ETS : Nom, Prénom :

Téléphone :

12 Mesure(s) corrective(s) :

☐ Oui ☐ Non ☒ NSP

Si oui précisez :

Mesure 1 :

Mesure 2 :

Autres mesures :

13 Enquête :

☒ en cours ☐ terminée ☐ non réalisée ☐ non réalisable Date : __/__/__

14 Déclarations associées :

☐ FEIR associée ☐ FEIGD associée ☐ ACR associée

15 Signature du (des) correspondant(s) d'hémovigilance :

☐ ES : Nom, Prénom : CESTIT Cestit

Téléphone :

CPS : ☒ Oui ☐ Non

☐ ETS : Nom, Prénom :

Téléphone :

I G

Préfixe

T E S T

Code Site ETS

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Code ES (Finess)

1 0

Année

0 0 0 8

Numéro d'ordre

16 Tableau des défaillances :

N°	Etape(s) de la chaîne transfusionnelle où est survenu l'incident	Défaillances observées liées à...
1	Conservation à l'ETS/CTSA	<input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input checked="" type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM,Réactifs,Anticoagulants,...) <input checked="" type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Institution
2	Dépôt de sang : Conservation	<input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input checked="" type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM,Réactifs,Anticoagulants,...) <input checked="" type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Institution
3	Transport (dans les deux sens) : ETS ou CTSA - Dépôt de sang	<input type="checkbox"/> Organisation / interne établissement <input type="checkbox"/> Organisation / dans interface autre établissement <input checked="" type="checkbox"/> Equipements et leurs sécurités <input type="checkbox"/> Consommables (DM,Réactifs,Anticoagulants,...) <input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Institution
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Précisez :