

1. Symptomatologie

• Signes généraux

- Température avant transfusion : /_//_/, /_//_ C°
- Température au moment de l'EIR : /_//_/, /_//_ C°
- Frissons OUI NON NON PRÉCISÉ

• Signes cutanéomuqueux

- Urticaire localisée OUI NON NON PRÉCISÉ
- Urticaire généralisée OUI NON NON PRÉCISÉ
- Prurit OUI NON NON PRÉCISÉ
- Erythème autre OUI NON NON PRÉCISÉ
- Si oui préciser :*
- Angio-oedème (face, muqueuses)
(dont œdème de Quincke) OUI NON NON PRÉCISÉ
- Si oui préciser :*
- Autre OUI NON NON PRÉCISÉ
- Si oui préciser :*

• Signes cardiovasculaires et hémodynamiques

- PA avant transfusion : /_/_/_/ - /_/_/_/ mm Hg
- PA au moment de l'EIR : /_/_/_/ - /_/_/_/ mm Hg
- FC avant transfusion : /_/_/_/ puls/mn
- FC au moment de l'EIR : /_/_/_/ puls/mn
- Etat de choc OUI NON NON PRÉCISÉ
- Trouble du rythme OUI NON NON PRÉCISÉ

• Signes respiratoires

- Toux OUI NON NON PRÉCISÉ
- Dyspnée OUI NON NON PRÉCISÉ
- Bronchospasme OUI NON NON PRÉCISÉ
- Cyanose OUI NON NON PRÉCISÉ
- Désaturation O₂ OUI NON NON PRÉCISÉ
- Si oui préciser :*
- SpO₂ : /_/_/_/ % PaO₂ : /_/_/ kPa

• Signes digestifs

- Nausées OUI NON NON PRÉCISÉ
- Vomissements OUI NON NON PRÉCISÉ
- Diarrhée OUI NON NON PRÉCISÉ
- Douleurs abdominales OUI NON NON PRÉCISÉ

• Autres signes

.....

.....

.....

.....

2. Signes biologiques (bilan initial)

- Tryptase :
 - valeurs habituelles du laboratoire : /_/_/_/_/ - /_/_/_/_/ µg/L
 - après EIR : /_/_/_/_/ µg/L Préciser heure prélèvement : /_/_/_/ h /_/_/_/
 - 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, recherche Ac anti-IgA :
- Autres examens en rapport avec l'EIR :

.....

.....

3. Traitement instauré

.....

.....

.....

.....

4. Evolution sous traitement

.....

.....

.....

.....

5. Bilan allergologique effectué à distance

(Cas particulier des EIR sévères impliquant notamment le PVA-BM, au minimum 4 à 6 semaines après EIR. Les médicaments et autres produits co-administrés doivent également être testés)

- Tests cutanés

Date :

au PFC-BM du donneur	POSITIF	NEGATIF
au BM	POSITIF	NEGATIF
autre (préciser) :	POSITIF	NEGATIF
autre (préciser) :	POSITIF	NEGATIF

- Test d'activation des basophiles en cytométrie de flux

Date :

au PFC-BM du donneur	POSITIF	NEGATIF
au plasma natif du donneur	POSITIF	NEGATIF
au BM	POSITIF	NEGATIF
autre (préciser) :	POSITIF	NEGATIF
autre (préciser) :	POSITIF	NEGATIF

Données relatives au(x) donneur(s)
A remplir par l'EFS

• **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, préciser :

	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	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Si oui : Même receveur	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
Autre receveur	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON
EIR avec autre unité	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON

En cas de transfusion de PVA-BM, indiquer le(les) numéro(s) de lot du(des) dispositif(s) Macopharma utilisé(s) pour leur préparation :

.....
.....
.....