

HEMOVIGILANCE

TRANSPORT : Interne
Externe

Nom société :

DELAI DE TRANSPORT

Temps de réponse à l'appel insatisfaisant
Temps de transport insatisfaisant :
 ■ réactivité
 ■ délai acheminement hors urgence
 ■ Absence d'information lors de la modification de la durée de transport

Indiquer : Heure d'appel :
Heure d'arrivée :

TRANSPORT

Présentation du transporteur incorrecte
Emballage non conforme
Absence d'eutectiques
Absence de matières absorbantes
Absence de contrôleur de température
Absence de documents liés au transport
Containers : Hygiène non respectée
Course non réservé aux transports PSL

PRODUITS LIVRES

Erreur de destinataire
Livraison incomplète
Erreur de produits
Produits périmés
Produits endommagés

RECEPTION

Lieu de livraison incorrect
Ouverture colis lors transport
Absence contrôle réception

MATERIOVIGILANCE

INCIDENT OU RISQUE D'INCIDENT

DISPOSITIF MEDICAL EN CAUSE (à conserver en l'état)

Type : _____
Modèle/Taille/Référence : _____
N° de lot ou N° de série : _____
Code à barre de l'établissement : _____

En cas d'incident ou de risque d'incident ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé, prendre contact sans délai avec :

Dr. VILLATE Dominique	5045
M. DELHOMENIE Stéphane	5060
M. FOURCROY Patrice	5035
M. HYVERNAUD Pascal	5384
Dr LABORIE Isabelle	5687

Si DM stérile : date de stérilisation : : __ / __ / ____ date de péremption : : __ / __ / ____

N.B : garder le dispositif médical dans le service, ne pas le jeter, ne pas le faire réparer, ne pas le renvoyer au fabricant. Merci.

PHARMACOVIGILANCE

Evènement Indésirable grave ou inattendu OU Autres

MEDICAMENT EN CAUSE

Nom et dosage : _____
N° lot et date de péremption : _____

En cas d'évènement indésirable grave ou inattendu prendre contact sans délai avec :

Dr CUBERTAFOND Christine	5431
Dr HUROT Vincent	5415
Dr LABORIE Isabelle	5687

INFECTIOVIGILANCE

Dr MARCHAND Philippe	5725	Mme BUIL Catherine	5079
		Mme GABRIELE Laure	5738

- IN ayant un caractère rare ou particulier du fait :
 - De l'agent pathogène en cause (nature, caractéristiques, ou profil de résistance).
 - De la localisation de l'IN.
 - De l'utilisation d'un dispositif médical (DM).
 - De procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé d'autres personnes au même risque infectieux lors d'un acte invasif.
 - Si un produit de santé est concerné.
- Décès lié à une IN
- IN suspectée d'être causée par un germe présent dans l'eau ou l'air environnant.
- Maladie à déclaration obligatoire et dont l'origine nosocomiale est suspectée.
- Epidémie : plus de 2 cas dans la même unité.
- Autres

Lequel
Laquelle
Lequel
Lesquelles
Lequel
Lequel
Laquelle

Envoyer les FEI au secrétariat du COVIRIS