

# **Baxter** FORMULAIRE DE RECUEIL D'EVENEMENT INDESIRABLE

## SOLUTIONS DE DIALYSE PERITONEALE

**IMPORTANT: \*\*TOUJOURS FOURNIR LE NUMERO DE LOT DE LA SOLUTION DE DIALYSE PERITONEALE UTILISEE\*\***

### INFORMATION SUR LE NOTIFICATEUR

Nom: \_\_\_\_\_ Date de notification: \_\_ / \_\_ / \_\_

Adresse, tel, Fax, email: \_\_\_\_\_

Professionnel de santé (Merci de préciser):  Médecin  Infirmier (e)  pharmacien

Autre (Merci de préciser): \_\_\_\_\_

### INFORMATION PATIENT

Identification du patient (initiales): \_\_ / \_\_ / Date de naissance/Age: \_\_ / \_\_ / \_\_ Sexe:  Homme  Femme

Antécédents:

<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale terminale	<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Infarctus du myocarde
<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> accident vasculaire cérébral
<input type="checkbox"/> Cardiopathie	<input type="checkbox"/> Pneumonie
<input type="checkbox"/> Péritonite	
Autre (Merci de préciser)	

### INFORMATION PRODUIT/SOLUTIONS DE DP UTILISEES - MERCİ DE FOURNİR TOUS LES NUMEROS DE LOT DES PRODUITS UTILISES

Date de début du protocole de DP indiqué ci-dessous: \_\_\_\_\_ Modalité:  DPCA  DPA  inconnu

Solutions de DP utilisées	Numéros de lot utilisés	Date de début d'utilisation de ce lot	Suspectez-vous ce médicament dans la survenue de l'évènement?	Des solutions ont-elles été arrêtées à cause de l'évènement?
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> inconnu
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> inconnu
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> inconnu
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> inconnu
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> inconnu

### INFORMATION SUR L'EVENEMENT

Date de l'évènement: \_\_ / \_\_ / \_\_  Peritonite aseptique  Peritonite bactérienne  Peritonite fongique  Dialysat trouble

Autre évènement, Merci de préciser: \_\_\_\_\_

Description de l'évènement(s): \_\_\_\_\_

Si l'évènement était une péritonite: Quelle en était l'origine ?

<input type="checkbox"/> Défaut d'aseptie, merci de préciser:
<input type="checkbox"/> Inconnu
<input type="checkbox"/> Autre, merci de préciser:

Le patient a-t-il été hospitalisé à cause de l'évènement?  Oui  Non

Si oui, merci de préciser: du: \_\_ / \_\_ / \_\_ au: \_\_ / \_\_ / \_\_

L'état du patient s'est-il amélioré après l'arrêt de la solution de DP?  Oui  Non  Inconnu

Si oui, merci de préciser la solution de DP? \_\_\_\_\_

La solution de DP a t-elle été réadministrée?  Oui  Non  Inconnu,

Si oui, merci de préciser la solution de DP? \_\_\_\_\_

Si oui, la péritonite est-elle réapparue après réadministration de la solution de DP ?  Oui  Non  Inconnu

Quelle était l'intensité de l'évènement ?  Faible  Modéré  Sévère

Merci de préciser \_\_\_\_\_

## EVOLUTION

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Décès                                     | <input type="checkbox"/> En cours sans amélioration |
| <input type="checkbox"/> Guérison, date de guérison : __ / __ / __ | <input type="checkbox"/> En cours avec aggravation  |
| <input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles                   | <input type="checkbox"/> Inconnu                    |
| <input type="checkbox"/> En cours avec amélioration                |   |

## PRINCIPAUX EXAMENS COMPLEMENTAIRES SI L'EVENEMENT EST UNE PERITONITE

Date du prélèvement: jj/mmm/année	__ / __ / __	__ / __ / __
Le prélèvement a t-il été fait avant l'antibiothérapie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Unités	Unités
Nombre de leucocytes	cellules/mm <sup>3</sup>	cellules/mm <sup>3</sup>
Neutrophiles	%	%
Lymphocytes	%	%
Monocytes	%	%
Eosinophiles	%	%
Basophiles	%	%

Date de la culture: \_\_ / \_\_ / \_\_

Résultats:  Pas de développement  Culture positive, merci de préciser l'organisme -----  
-----

Autres résultats significatifs?  Oui (si oui merci de les fournir en pièce jointe)  Non  inconnu

## TRAITEMENT CORRECTEUR

Le patient a t-il été traité par antibiotiques?  Oui (si oui, merci de préciser)  Non  inconnu

Nom du médicament	Dose / Unité	Fréquence	Debit de perfusion	Date de la 1ère prise / heure	Date de la Dernière prise / heure	Indication

Autre traitement?  Oui (si oui merci de le fournir en pièce jointe)  Non  inconnu

## TRAITEMENT CONCOMITANT

Votre patient avait-il des traitements concomitants?

Oui (merci de le fournir en pièce jointe)  Non  inconnu

Commentaires:

---

---

---

---

Date :	Signature:
	Merci d'apposer votre tampon