

PREAMBULE

Toute erreur pouvant générer un risque transfusionnel doit être signalée immédiatement à l'EFS.
Veillez nous transmettre le compte rendu original (erroné) ainsi que le compte rendu corrigé.

INFORMATIONS GENERALES

ITEM	DESCRIPTION
Nom du LBM et du Groupement	
N° de Téléphone et N° de Fax	
Nom / prénom du notificateur	
Date et heure de survenue de l'incident	
Date et heure de notification de l'incident	
Description de l'incident :	
Le dossier a-t'il été renvoyé dans ERA après correction ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
S'agit-il d'une usurpation d'identité ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
S'agit-il d'une erreur de prélèvement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

INFORMATION SUR LE DOSSIER

ITEM	Données en Erreurs	Données Exactes
N° de demande LBM		
Nom de naissance		
Prénom		
Nom d'usage		
Date de naissance		
Sexe		
Résultats (cochez simplement la case)	<input type="checkbox"/> Groupe	<input type="checkbox"/> Phéno <input type="checkbox"/> RAI

TRANSMISSION A L'EFS

Veillez trouver la liste des adresses mail EFS ci-dessous, si vous émettez vos résultats ERA vers plusieurs région EFS veuillez les mettre toutes en destinataire de votre mail. Merci de privilégier les adresses MSSanté, en cas d'impossibilité, mettre le formulaire en pièce jointe et le chiffrer (zip + mot de passe, mot de passe envoyé séparément).

Région EFS	Adresse mail
HFNO	
IDFR	incident-era.idfr@efs.mssante.fr
GEST	
BFCT	Bfct-ERA@efs.sante.fr
	Aura.ERA-biologistes-IH@efs.sante.fr
AURA	ou incident-era.aura@efs.mssante.fr
PACC	
OCPM	
NVAQ	
CATL	
PDLO	
BRET	
LROI	
ANTI	