NOTIFICATION D'INCIDENT ERA

RAA/PSL/DEL/FO/118 - Version 3

Correction adresse mail et refonte du document

Toute erreur pouvant générer un risque transfusionnel doit être signalée immédiatement à l'EFS et à l'Etablissement de Santé si patient hospitalisé.

Nom du LBM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Nom du notificateur : .....

Date et heure de notification de l'incident : .....

Type d'incident : ☐ usurpation d'identité ☐ erreur de prélèvement ☐ erreur de résultat

Description de l'incident : .....

.....

.....

.....

Renseignements sur le dossier à supprimer :

N° de dossier LBM : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Nom d'usage : .....

Date de naissance : .....

Sexe : ☐ M ☐ F

Ce document et la copie du dossier à supprimer sont à envoyer à :

incident-era.aura@efs.mssante.fr