

DOSSIER A COMPLETER LORS D'UNE REACTION ANAPHYLACTOIDE PERANESTHESIQUE

Nom :

Prénom

Sexe : Date de naissance :

Taille : Poids :

Médecin anesthésiste :

Dr.....

Hôpital :

Date de survenue :

Heure de survenue :

A remplir à l'occasion de l'accident et à adresser à l'allergologue, avec la photocopie de la feuille d'anesthésie, pour les investigations diagnostiques.

1 - ANTECEDENTS MEDICAUX

φ **Intolérance médicamenteuse** : oui Ì non Ì

Si oui, à quel médicament :

Manifestation(s) clinique(s) : (urticaire, Quincke, eczéma)

φ **Intolérance alimentaire** : oui Ì non Ì

Si oui, à quel aliment :

Manifestation(s) clinique(s) :

φ **Intolérance latex** : oui Ì non Ì

Manifestation(s) clinique(s) :

φ **Exposition professionnelle au latex** :oui Ì non Ì

φ **Asthme** :oui Ì non Ì

Traitement de fond oui Ì non Ì

φ **Rhume des foins** :oui Ì non Ì

2 – ANTECEDENTS ANESTHESIQUES :

φ **Anesthésies antérieures** :oui Ì non Ì

Type d'anesthésie :

φ **Incident/accident peranesthésique** :oui Ì non Ì

Ì Si oui, manifestation(s) clinique(s) :

φ **Bilan allergologique** :oui Ì non Ì

Imputabilité ?

3 - TRAITEMENT MEDICAL ACTUEL oui Ì non Ì

(noter tous les médicaments, y compris ceux administrés par voie locale)

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

Heure dernière prise :

Certains médicaments ont-ils été arrêtés avant l'anesthésie ? Si oui, lesquels ?

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

4 – L'ANESTHESIE

4.1. Prémédication :oui Ì non Ì

Médicament :

Posologie :

Heure d'administration :

4.2. Description clinique de la réaction anaphylactoïde

φ **Heure induction** :

φ **Protocole d'anesthésie** : (technique, médicaments, posologie totale)

φ **Autres** : antibiotiques, substituts du plasma, aprotinine, produits de contraste iodés, désinfectants, antalgiques.....

φ **Moment d'apparition des signes cliniques** :

Avant l'induction Ì induction Ì entretien Ì réveil Ì retardé Ì

SIGNES CLINIQUES

Erythème généralisé Ì Urticaire Ì Œdème de la face Ì Œdème des muqueuses

Nausées

Toux Dyspnée

Tachycardie > 30 % Hypotension (chute systolique > 30 %)
FC avant :... FC pendant : PA avant :... PA pendant :
Vomissements diarrhée
Bronchospasme Cyanose Arrêt respiratoire
Arrêt circulatoire CHOC
Autres signes cliniques :

5 - TRAITEMENT de la réaction anaphylactoïde :
(médicaments, voie d'administration)

6 – EVOLUTION IMMEDIATE :
bonne réanimation décès

7 - PRELEVEMENTS SANGUINS : oui non
Heure prélèvement : résultats :
Dosage(s) demandé(s) tryptase oui non
-
histamine oui non
-
IgE spécifiques oui non (latex, thiopental, curares)
-

8 - RENDEZ-VOUS POUR BILAN ALLERGOLOGIQUE :
Dr..... Date du bilan :
Adresse :

Cahier 2 **à remplir secondairement**

9 – RESULTATS DU BILAN ALLERGOLOGIQUE (joindre copie du compte rendu)

10 – EVOLUTION DU PATIENT :
guérison sans séquelle
séquelles*
décès
**détailler*

11 – RECOMMANDATIONS EN VUE D'UNE ANESTHESIE ULTERIEURE :
(au besoin en accord avec un anesthésiste référent)

12 – INFORMATION DU PATIENT :
φ Lettre d'information : oui non
φ Carte :oui non

13 – DECLARATION DE L'ACCIDENT (envoi dossier + compte rendu allergologique)
φ Centre régional de pharmacovigilance : oui non date :
φ Correspondant de matériovigilance : oui non date :(en cas de latex)

14 – DECLARATION SITE INTERNET Sfar:
oui non date :(http : www.sfar.org)

15 – INFORMATION MEDECIN TRAITANT : oui non date
:

COMMENTAIRES :

Destination du dossier (cahiers 1 et 2)

φ à adresser au Centre régional de pharmacovigilance et/ou au correspondant de matériovigilance, accompagné des

résultats du bilan allergologique

φ à archiver dans le dossier d'anesthésie du patient, avec les résultats du bilan allergologique