

Rapport d'incident : Anaphylaxie périopératoire

Service Anesthésie GHRMSA
Fiche liaison Anesthésie – Allergologie

Identification patient : Nom : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance :/...../..... Sexe : F M IEP : IPP :

Date et lieu de l'incident :/...../.....		Heure
Salle N°		
MAR responsable :		
IADE :		
Autres :		
Type d'intervention <i>Heure d'insicion</i>		
Type d'anesthésie <i>Heure début d'induction</i>		
Type d'asepsie réalisée		
Début de l'incident	<i>(Remplir les premiers symptômes sur le tableau)</i>	
Fin de l'incident		
Sortie de salle		

Dosages réalisés		Heure
Tryptase H0		
Tryptase H2		
Tryptase H24		
Autres Dosages		

<i>Joindre dossier d'anesthésie et autres examens utiles pour la consultation</i>
Commentaires :
Grade selon Ring et Messmer :

Médicaments (<i>pré et peranesthésiques</i>)	Doses	Heure
Symptômes/ signes observés (<i>cochez si présent(s) et spécifiez la/ les valeur(s), la localisation etc...</i>)		Heure
Hypotension	<input type="checkbox"/> : (mmHg)	
Tachycardie	<input type="checkbox"/> : (bpm)	
Bradycardie	<input type="checkbox"/> : (bpm)	
Arythmie (<i>joindre ECG</i>)	<input type="checkbox"/> :	
Bronchospasme	<input type="checkbox"/>	
Cyanose/ désaturation (SpO2 %)	
Capnographie (mmHg)	
Angio-oedème	<input type="checkbox"/>	
Urticaire	<input type="checkbox"/> :	
Prurit	<input type="checkbox"/>	
Autres signes observé(s)	
Traitements entrepris		Heure
Adrénaline	<input type="checkbox"/> <i>dose</i> :	
Corticoïdes	<input type="checkbox"/> <i>dose</i> :	
Antihistaminiques	<input type="checkbox"/> <i>dose</i> :	
Autres drogues vasopressives		
Autres		

Rapport d'incident : Anaphylaxie périopératoire

Service Anesthésie GHRMSA

Fiche liaison Anesthésie – Allergologie

Rapport d'incident : Anaphylaxie périopératoire

Service Anesthésie GHRMSA

Fiche liaison Anesthésie – Allergologie