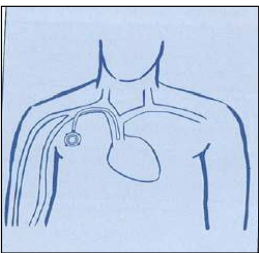
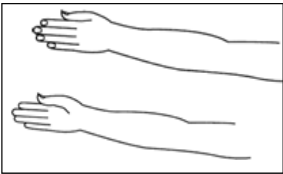


Formulaire de suivi d'une Extravasation

EHC : Ce formulaire est utilisé pour le suivi d'extravasation dans les services ambulatoires et hospitaliers.

GHOL : Ce formulaire est utilisé pour le suivi d'extravasation dans les services ambulatoires. Il est facultatif dans les services hospitaliers qui peuvent documenter l'extravasation et son suivi dans le dossier patient informatisé.

1. DONNEES DU PATIENT <i>ou coller étiquette patient</i>			
Nom/Prénom			
Date de naissance			
N° identification			
2. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT			
Date/heure de l'extravasation			
Substance(s) extravasée(s) :			
Dose [mg] :			
Diluée(s) dans un volume [mL] :			
de :			
<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	<input type="checkbox"/> NaCl 0,9%	
<input type="checkbox"/> G5%	<input type="checkbox"/> G5%	<input type="checkbox"/> G5%	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concentration obtenue [mg/mL]:			
Volume extravasé [mL] :			
Durée de l'exposition :			
	Dispositif médical veineux		Type d'administration
	Accès central <input type="checkbox"/> PICC line <input type="checkbox"/> DAVI <input type="checkbox"/> CVC Accès périphérique <input type="checkbox"/> Midline <input type="checkbox"/> Cathéter Gauge		<input type="checkbox"/> Débit libre <input type="checkbox"/> Infuseur (oncologie) <input type="checkbox"/> IVD <input type="checkbox"/> Pompe /Pousse-seringue
	Site de l'extravasation		Signes cliniques
	Côté <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Avant-bras <input type="checkbox"/> Pli du coude <input type="checkbox"/> Poignet <input type="checkbox"/> Main <input type="checkbox"/> Pied <input type="checkbox"/> Epicrânien		<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Hématome <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Dysesthésie <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Phlyctène(s) <input type="checkbox"/> Œdème <input type="checkbox"/> Nécrose <input type="checkbox"/> Induration

3. MESURES IMMEDIATES <i>plusieurs choix possibles</i>
<input type="checkbox"/> Arrêt de la perfusion <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Arrêt de l'injection <input type="checkbox"/> Retrait du cathéter

4. CHOIX THERAPEUTIQUES PROPOSES <i>plusieurs choix possibles</i>
Remarques
<input type="checkbox"/> Membre extravasé à surélever <input type="checkbox"/> Appliquer du froid (<i>préciser à quelle fréquence</i>) <input type="checkbox"/> Appliquer du chaud (<i>préciser à quelle fréquence</i>) <input type="checkbox"/> Ne rien appliquer (ni froid ni chaud) <input type="checkbox"/> Avis pharmaceutique <input type="checkbox"/> Avis chirurgical <input type="checkbox"/> Autre

5. EVOLUTION DES SYMPTOMES ✓ = présent, ↗ = en augmentation, ↘ = en diminution								
Date	<i>exemple</i> 12.02.21							
Signes et étendue								
Douleur	↘							
Rougeur	12x8 cm							
Chaleur	✓							
Œdème	↘ 11x7 cm							
Induration								
Hématome								
Dysesthésie								
Phlyctène(s)								
Nécrose								
Autre								

6. DECLARATION D'INCIDENT

EHC : le mail de déclaration d'extravasation a été envoyé à incident@ehc.vd.ch le

Ce formulaire est à intégrer au dossier du patient.

Médecin : Date: Signature: Tél:.....

Infirmier : Date: Signature:..... Tél:.....

Rédacteurs	Divorne N. infirmière responsable oncologie, Guibert V. et Ruch B. infirmières, Ackermann M, Marcoz N pharmaciennes	V7 – 05.2021
Vérificateurs	Dr Garcia A. médecin-chef chirurgie, Lebrun LL. chargée sécurité patient, Trautz C. responsable développement des pratiques; Pouly A. resp. qualité soins et sécurité patients, Johnson M. infirmière répondante oncologie; Dr Chariatte V. médecin-chef pédiatrie, Isler N. inf. clinicienne pédiatrie, Moillen C. ICUS pédiatrie	
Approbateurs	Klein V. directrice adjointe, Danckaert J-L. expert clinique adjoint à la direction des soins, Prof. Schaad N. pharmacien-chef	