

GUIDE des **B**ONNES **P**RATIQUES **T**RANSFUSIONNELLES



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

GUIDE DES BONNES PRATIQUES TRANSFUSIONNELLES

1 – OBJET

Ce Guide des Bonnes Pratiques Transfusionnelles, rédigé en collaboration avec les personnels soignants, est édité par la Cellule d'Hémovigilance de l'AP-HM.

2 – DOMAINE D'APPLICATION

Ce guide est destiné à toute personne (Médecin, Sage-Femme, IDE, Coursier, ...) amenée à participer à l'acte transfusionnel.

*Les fiches spécifiques aux médecins
sont de couleur verte.*

3 – DOCUMENTS DE REFERENCE

- 📖 Manuel de Certification des Etablissements de Santé de la HAS.
- 📖 Textes réglementaires spécifiques mentionnés en tête de chaque fiche de ce document.

4 – GESTION DOCUMENTAIRE

Il est diffusé :

- 📖 Dans les unités de soins sous forme d'un classeur.
- 📖 Sur l'**INTRANET**, dans l'espace documentaire de l'Hémovigilance : → **ANNEXE 01**

http://polqua/VIGERIS/HEMO_BPublic/gbpt-hemovigilance-aphm-v7_2018-09-01.pdf

Le classeur fait l'objet d'une diffusion contrôlée par la Cellule d'Hémovigilance et la Direction des soins auprès :

- 📖 du Cadre du service de soins nommément désigné ci-joint. Celui-ci en assurera la mise en place et la diffusion contrôlée (signatures ci-joint) à tout le personnel non prescripteur (infirmières, sages-femmes.....) amené à transfuser ;
- 📖 des Médecins par le biais d'un lien **INTRANET**.

La direction des soins, par l'intermédiaire du gestionnaire, assurera également la mise à jour du classeur au fur et à mesure de la production des feuillets et annexes par la Cellule d'Hémovigilance.

A chaque mise à jour, les anciens feuillets et ou annexes seront détruits.

Afin de faciliter l'information des destinataires, les modifications ou ajouts majeurs par rapport à la précédente version, sont notés dans l'historique en dernières pages du guide.

***En cas d'utilisation d'une copie
s'assurer qu'elle corresponde à la version en cours sur l'Intranet.***

GUIDE DES BONNES PRATIQUES TRANSFUSIONNELLES

Version : 7	Rédigé par : La Cellule d'Hémovigilance : Dr. B.Lassale, M.Moya-Macchi, L.Basset, S.El Galai.
Date de diffusion : 12/09/2018	Vérifié et approuvé par : La Direction des Soins Infirmiers Avec l'accord du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
Document à diffusion contrôlée sous la responsabilité du Directeur des Soins Infirmiers de site	
Pour tout renseignement s'adresser à la Cellule d'Hémovigilance Tél : 44 277 - 45 750 - 45 713 - 44 278	

 Cet exemplaire appartient au Service :

 Cet exemplaire est rangé à l'emplacement suivant :

 Le Gestionnaire de ce document, qui en assure la mise à jour et la mise à disposition, est :

AVANT PROPOS

Au sein de l'AP-HM, la sécurité transfusionnelle, dont l'objectif essentiel est la réduction du risque transfusionnel et l'amélioration continue de la qualité, est organisée de la façon suivante :

I – ORGANISATION DE LA TRANSFUSION A L'AP-HM

🏥 Versant institutionnel :

Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)

🏥 Versant organisationnel et de référence :

L'équipe d'Hémovigilance dirigée par le Dr. LASSALE

🏥 Versant pratique sur les Sites :

Hôpital de la Conception = **Coursiers dédiés à la Transfusion**

Hôpital Nord = **Site EFS Marseille Nord**

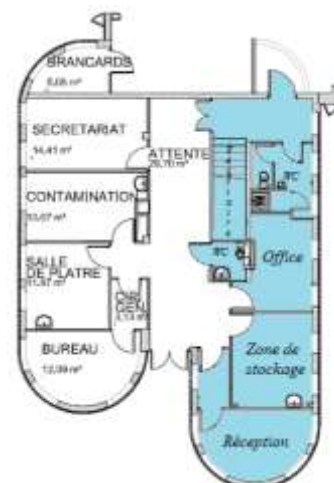
Hôpitaux Sud = **Site EFS Marseille Sud situé à l'IPC**

Hôpitaux de la Timone = **Site EFS Marseille Timone**

2 – ORGANISATION DE LA TRANSFUSION DANS LES HOPITAUX DE L'AP-HM

🏥 CONCEPTION (Coursiers AP-HM dédiés à la transfusion)

Le local des coursiers AP-HM dédiés à la transfusion est situé au RDC de l'Hôpital de la CONCEPTION en lieu et place des anciens locaux administratifs des urgences. Il n'est accessible que par l'extérieur du bâtiment.



- Ouvert de 06h15 à 20h15, 7j/7 (WE et jours fériés compris).

Les coursiers dédiés à la Transfusion

Postes : 72 114 ou 72 115 ou 83 209

Fax : 83 280

- En dehors de ces horaires, Contacter :

Le Coursier de nuit - Poste : 70 798

Ou Le Cadre de nuit - Poste : 82 693

Et

L'EFS Baille : Délivrance Tél : 04.91.18.95.01 - Fax : 04.91.18.95.10

- Ils réceptionnent dans leur local :

- ✓ les demandes d'examens et les tubes nécessaires à la réalisation des examens immuno-hématologiques
- ✓ les ordonnances de PSL ainsi que les cartes de contrôle ultime.

- Ils gèrent et assurent l'acheminement :

- ✓ de leur local jusqu'à l'EFS Baille :

→ Des demandes d'examens accompagnées des tubes ;

→ Des ordonnances de PSL ;

→ Des Fiches de Délivrances remplies, permettant la traçabilité des PSL.

- ✓ de l'EFS Baille jusque dans le service demandeur :

→ Des commandes de PSL avec leurs cartes de contrôle ultime.

Site EFS Marseille NORD - Ouvert 24h sur 24, 7j/7

Le Site EFS Marseille Nord est situé au Rez-de-chaussée, partie B, du Pavillon Mistral. Il est approvisionné en fonction des besoins par l'EFS-AM Régional (Marseille-Bd Baille).

Accueil & Délivrance	Poste 64 901
	Fax 68 522
Secrétariat	Poste 64 865

Site EFS Marseille SUD - Ouvert 24h sur 24, 7j/7

Le Site EFS Marseille Sud est situé au 1^{er} étage de l'Institut Paoli Calmettes. Il est approvisionné en fonction des besoins par l'EFS-AM Régional (Marseille-Bd Baille).

Accueil & Délivrance	Poste 04 91 17 84 70 / 72
	Fax 04 91 17 84 71
Cadre :	Poste 04 91 17 84 75

Une procédure interne définit l'organisation des courses entre les hôpitaux Sud et l'EFS situé à l'Institut Paoli Calmettes.

Coursiers Sud : Poste 70795 ou 75990
Brancardiers Sud : Poste 43600

Site EFS Marseille TIMONE - Ouvert 24h sur 24, 7j/7

Le Site EFS Marseille Timone est situé au 2^{ème} étage de TIMONE 2. Il est approvisionné en fonction des besoins par l'EFS-AM Régional (Marseille-Bd Baille).

Accueil & Délivrance	Poste 87 543
	Fax 88 021
Cadre	Poste 88 020

Ces 3 sites :

- **comprennent :**
 - ✓ Un dépôt de Produits Sanguins Labiles (PSL) ;
 - ✓ Un laboratoire d'Immuno-Hématologie (Cofrac).

- **réceptionnent :**
 - ✓ Les demandes d'examens d'Immuno-Hématologie et les tubes correspondants ;
 - ✓ Les ordonnances de PSL ;
 - ✓ Les Fiches de Délivrances remplies, permettant la traçabilité des PSL.

- **gèrent et assurent :**
 - ✓ Les analyses d'immuno-hématologie
 - ✓ Le stockage et la délivrance des PSL selon les «Bonnes Pratiques » de l'EFS ;
 - ✓ La traçabilité des PSL, la gestion des EIR, le conseil transfusionnel.

FICHES

GUIDE DES BONNES PRATIQUES TRANSFUSIONNELLES	1
1 – OBJET.....	1
2 – DOMAINE D'APPLICATION	1
3 – DOCUMENTS DE REFERENCE.....	1
4 – GESTION DOCUMENTAIRE.....	1
PERSONNEL AYANT PRIS CONNAISSANCE DE CE DOCUMENT	3
AVANT PROPOS	4
1 – ORGANISATION DE LA TRANSFUSION A L'AP-HM	4
2 – ORGANISATION DE LA TRANSFUSION DANS LES HOPITAUX DE L'AP-HM.....	4
ABRÉVIATIONS.....	8
Fiche N°0 INFORMATION PRÉTRANSFUSIONNELLE DU PATIENT	9
0.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES.....	9
0.2 QUI RÉALISE L'INFORMATION DU PATIENT ?.....	9
0.3 COMMENT RÉALISER L'INFORMATION DU PATIENT ?	9
Fiche N°1 ORDONNANCE DE PSL	10
1.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES.....	10
1.2 QUI FAIT LA PRESCRIPTION ?.....	10
1.3 SUR QUEL DOCUMENT LA PRESCRIPTION EST ELLE RÉALISÉE ?.....	10
1.4 QUE DOIT COMPORTER L'ORDONNANCE ?	11
1.5 ACHEMINER L'ORDONNANCE À L'EFS.....	12
Fiche N°2 EXAMENS D'IMMUNO-HÉMATOLOGIE.....	13
2.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES.....	13
2.2 EXAMENS IMMUNO-HÉMATOLOGIQUES OBLIGATOIRES POUR TRANSFUSER UN PATIENT	13
2.3 SUR QUEL DOCUMENT ÉTABLIR LA PRESCRIPTION D'EXAMEN ?.....	14
2.4 QUE DOIT COMPORTER LA PRESCRIPTION D'EXAMEN ?.....	14
Fiche N°3 PRÉLÈVEMENTS POUR EXAMENS D'IMMUNO-HÉMATOLOGIE.....	15
3.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :	15
3.2 QUI PRÉLÈVE ?	15
3.3 POUR LES EXAMENS IMMUNO HÉMATOLOGIQUES	15
3.3.1 TUBES NECESSAIRES.....	15
3.3.2 CONDUITE A TENIR POUR EFFECTUER LE PRELEVEMENT :	16
3.3.2.1 Pour le groupage ABO-D-RhK.....	16
3.3.2.2 Pour la RAI	17
3.3.2.3 Acheminement des tubes.....	17
Fiche N°4 RÉCEPTION DES PSL PAR L'UNITÉ DE SOINS.....	18
4.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES.....	18
4.2 VÉRIFICATION OBLIGATOIRE DES PSL À RÉCEPTION	18
4.3 RECOMMANDATIONS.....	19
Fiche N°5 VÉRIFICATIONS ULTIMES AU LIT DU PATIENT	20
5.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :	20
5.2 BUTS DES VÉRIFICATIONS ULTIMES.....	20
5.3 CONTRÔLE ULTIME D'IDENTITÉ.....	20
5.4 CONTRÔLE ULTIME DE COMPATIBILITÉ.....	20
5.5 MATÉRIEL NÉCESSAIRE À LA RÉALISATION DU CONTRÔLE ULTIME.....	21
5.6 CONDITIONS DE RÉALISATION.....	21
Fiche N°6 POSE ET SURVEILLANCE DE LA TRANSFUSION	22
6.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :	22
6.2 QUI TRANSFUSE ?.....	22

6.3	LA TRANSFUSION NÉCESSITE	22
6.4	POSE DE LA TRANSFUSION	23
6.5	SURVEILLANCE DU PATIENT TRANSFUSÉ	24
6.6	GESTION POST-TRANSFUSIONNELLE DU MATERIEL (En absence d'EIR)	24
Fiche N°7	COMMANDE DE PSL EN URGENCE VITALE IMMÉDIATE	25
7.1	RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES	25
7.2	QUE SE PASSE-T-IL ?	25
Fiche N°8	EN CAS D'EFFET INDÉSIRABLE RECEVEUR	26
8.1	RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :	26
8.2	EFFET INDÉSIRABLE EN COURS DE TRANSFUSION	26
8.3	EFFET INDÉSIRABLE RECEVEUR AU DELA DE 2H APRES LA TRANSFUSION	27
Fiche N°9	TRAÇABILITÉ	28
9.1	RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :	28
9.2	COMPLÉTER LA FICHE DE DÉLIVRANCE DE L'EFS	28
9.3	GESTION DES FICHES DE DÉLIVRANCE REMPLIES	28
Fiche N°10	INFORMATION ET SUIVI POST TRANSFUSIONNELS	29
10.1	RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES	29
10.2	RÉALISATION DE L'INFORMATION POST TRANSFUSIONNELLE	29
10.3	RÉALISATION DU SUIVI POST TRANSFUSIONNEL	29
Fiche N°11	CONSTITUTION D'UN DOSSIER TRANSFUSIONNEL	30
11.1	RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES	30
11.2	CONSTITUTION DU DOSSIER	30
11.3	ARCHIVAGE DU DOSSIER	30
Fiche N°12	PARTICULARITÉS LIÉES À LA TRANSFUSION AUTOLOGUE	31
12.1	RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES	31
12.2	QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES AUTOLOGUES	31
12.3	COMMENT TRANSFUSER LES PRODUITS AUTOLOGUES PROGRAMMÉS	32
ANNEXE 01	- Site intranet de l'Hémovigilance	33
ANNEXE 02	- Fiche d'information au patient	34
ANNEXE 03	- Information du patient transfusé (à usage des médecins)	36
ANNEXE 04	- Ordonnance de PSL	38
ANNEXE 04-bis	- Ordonnance de PSL Nouveau né	39
ANNEXE 05	- Délégation médicale de l'acte transfusionnel	40
	Timone 1 & 2	40
	Timone Enfants	43
	Conception	46
	Hôpitaux Sud	49
	Nord	53
ANNEXE 06	- Prescription d'Examens d'Immuno-Hématologie	57
ANNEXE 07	- Pochette de transport	58
ANNEXE 08	- Fiche de transport	60
ANNEXE 09	- Fiche de Délivrance	61
ANNEXE 10	- Mode opératoire Carte de Contrôle Ultime	63
ANNEXE 11	- Fiche de surveillance transfusionnelle	64
ANNEXE 12A & 12B	- Fiche de déclaration d'effet indésirable receveur	66
ANNEXE 13	- Ordonnance de contrôle post-transfusionnel	67
ANNEXE 14	- Lettre d'information récapitulant les transfusions de PSL durant l'hospitalisation	69
ANNEXE 15	- Procédure d'utilisation des bilans IH lors du transfert d'un patient à l'AP-HM	70
	HISTORIQUE	77

ABRÉVIATIONS

Ac HLA	Anticorps anti-HLA		
AFSSaPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé	remplacé par	ANSM
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé	remplacé par	l'HAS
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé	remplace	AFSSaPS
ATD	Auto Transfusion Différée	remplacé par	TAP
CGR	Concentré de Globules Rouges		
CPAD	Concentré de Plaquettes, issues d'Aphérèse, Déleucocyté		
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance		
CTS	Centre de Transfusion Sanguine	remplacé par	EFS
DDM	Danger De Mort	remplacé par	UVI ou UVA
EFS	Etablissement Français du Sang	remplace	CTS et ETS
EIR	Effet Indésirable Receveur	remplace	IT
ES	Etablissement de Santé		
ETS	Etablissement de Transfusion Sanguine	remplacé par	EFS
FD	Fiche de Délivrance	remplace	FDN
FDN	Fiche de Distribution Nominative	remplacé par	FD
FEIR	Fiche d'Effet Indésirable Receveur	remplace	FIT
FIT	Fiche d'Incident Transfusionnel	remplacé par	FEIR
FT	Fiche Transfusionnelle sur logiciel Rhésus		
GBEA	Guide de Bonne Exécution des Analyses de Biologie Médicale		
GRD	Concentré de Globules Rouges Déleucocytés		
HAS	Haute Autorité en Santé	remplace	ANAES
IT	Incident Transfusionnel	remplacé par	EIR
MCPD	Mélange de Concentrés de Plaquettes Déleucocyté		
PFC-Se	Plasma Frais Congelé Sécurisé par quarantaine		
PFC-SD	Plasma Frais Congelé traité par Solvant Détergent		
PFC-IA	Plasma Frais Congelé Inactivé par Amotosalen		
PSL	Produit Sanguin Labile		
RAI	Recherche d'Anticorps Agglutinines Irrégulières		
SPC	Sang Phénotypé Compatibilisé		
TAP	Transfusion Autologue Programmée	remplace	ATD
UVI ou UVA	Urgence Vitale Immédiate ou Urgence Vitale Absolue	remplace	DDM

0.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Article I.1112-1 du CSP (information du patient)
- Articles 35,36 et 42 du code de déontologie
- Circulaire n°98-231 du 9 Avril 98 relative à l'information des malades ...:
"Cette information doit avoir lieu "à priori", c'est à dire avant l'administration du produit...et sera délivrée systématiquement, hors les cas où le patient n'est pas à même de recevoir ou de comprendre l'information...lorsque le patient est mineur, cette information est donnée en outre à l'un des détenteurs de l'autorité parentale. Elle donnera lieu à une information écrite en remettant une fiche d'information au patient ... expliquée par le médecin".
- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS du 15 décembre 2003(2003-582) relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :
"Il exige l'information systématique du patient avant la réalisation de l'acte chaque fois que cela est possible"
- Circulaire DGS/DHOS/SD3/2006 du 11 janvier 2006 abrogeant la circulaire relative aux analyses et test pratiqués chez un receveur de PSL

0.2 QUI REALISE L'INFORMATION DU PATIENT ?

→ANNEXE 03

Tout médecin prescripteur de PSL doit, avant transfusion, informer oralement son patient (ou son représentant légal) au cours d'un entretien.

0.3 COMMENT RÉALISER L'INFORMATION DU PATIENT ?

En pré-transfusionnel, le médecin prescripteur est tenu: →ANNEXE 03

- D'expliquer au patient (ou au représentant légal) le bien-fondé de la transfusion
- De l'informer des risques encourus
- De lui remettre une lettre d'information →ANNEXE 02
- De lui expliquer le contenu de cette lettre
- D'obtenir son consentement éclairé
- De garder la preuve (mention de l'information sur le dossier médical, protocoles du service, ...) de cette information.

I.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Arrêté du 10 Septembre 2003 définissant les bonnes pratiques dont doivent se doter les établissements de transfusion
- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS du 15 décembre 2003 (2003-582) relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :
« La prescription médicale des PSL homologues ou autologues est établie si possible sur un document pré-imprimé conformément aux bonnes pratiques de distribution de PSL »
- Recommandations de la HAS novembre 2014 sur la transfusion des Globules Rouges
- Recommandations de l'AFSSaPS de juin 2003 sur la transfusion des Granuleux
- Recommandations de la HAS octobre 2015 sur la transfusion des Plaquettes
- Décision du 10 Juillet 2018 définissant les bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du CSP
- Recommandations de la HAS d'avril 2012 sur la transfusion des Plasmas
- Article R4311-7 du Code de Santé Publique :
« L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : (...)
3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ; (...) »

I.2 QUI FAIT LA PRESCRIPTION ?

Le médecin fait la prescription et doit clairement s'identifier (nom et signature).

Il peut obtenir une aide à la prescription auprès du Médecin du site EFS régional du Bd. Baille.

I.3 SUR QUEL DOCUMENT LA PRESCRIPTION EST-ELLE RÉALISÉE ?

L'ordonnance est réalisée sur un bloc intitulé «**Ordonnance de Produits Sanguins Labiles**». Il s'agit d'un Bon de commande quadrupliqué pré-imprimé fourni par l'EFS → **ANNEXE 04**

L'ordonnance doit être remplie lisiblement et **signée par un médecin**. Il existe une ordonnance pour la Néonatalogie (0 à 4 mois).

Elle est constituée de quatre feuillets identiques en couleur, **I blanc, I bleu, I jaune et I rose** :

- Il suffit de remplir le 1er feuillet «blanc», pour disposer de trois autres exemplaires identiques à l'original (feuillets pré-carbonés).
- Le 1^{er} feuillet « blanc » est à remettre à l'EFS du site, c'est la **commande initiale**.
- Les 2^{èmes} et 3^{ème} feuillets, « bleu » et « jaune », servent de **navette (témoin de l'identité) pour récupérer les poches commandées**.
- Le dernier feuillet « rose » devra être **conservé dans le dossier transfusionnel du patient**.
- L'ordonnance doit être remplie avec précision.

En dehors de l'urgence, éviter de transfuser la nuit.

Cf. : « Procédure de délégation médicale de l'acte transfusionnel » → **ANNEXES 05**

L'identification de l'Établissement et du Service demandeur :

Tampon	UF	N° Téléphone
--------	----	--------------

L'identification du prescripteur :

Nom lisible	Prénom	Signature
-------------	--------	-----------

L'identification du patient :

Nom de naissance	Nom d'usage	Prénom(s)
Date de Naissance	sexe	N° Hospitalisation

**ÉTIQUETTE
INFORMATIQUE**

Pour les bébés, signaler :

- Heure de naissance ;
- Les naissances gémellaires ou multiples ;
- Le nom de la mère (si différent de celui du bébé).

En cas d'absence d'étiquette informatique, renseigner les champs obligatoires nécessaires à l'identification d'un patient : Nom de naissance, nom d'usage, prénom(s), date de naissance, sexe.

N.B. : Si le patient ne peut être identifié, appliquer les modalités de la «Procédure d'Identification des patients» de votre site.

**IL FAUT REDIGER UNE ORDONNANCE
POUR CHAQUE TYPE DE PSL**

Les informations relatives à la transfusion :

- **La date et l'heure de prescription ;**
- **La date et l'heure prévues de la transfusion ;**
- **La nature des produits sanguins prescrits (CGR, CPAD, MCPD, PFC) :**
 - ✓ homologues ou autologues ;
 - ✓ **La quantité** : L'EFS distribue généralement les poches une par une ;
- **Le type de commande :**
 - ✓ **ferme** (transfusion envisagée de façon certaine) ;
 - ✓ **réserve** (transfusion éventuelle) :
 - Préciser cette mention sur l'ordonnance, dans la zone appropriée ;
 - Préciser la date et l'heure souhaitées de la mise à disposition ;
- **La nature de la commande en cas d'Urgence (Cf. Fiche 7) :**
 - ✓ Urgence Vitale Immédiate (délivrance **sans délai**) ;
 - ✓ Urgence Vitale (délai délivrance **< 30 minutes**) ;
 - ✓ Urgence relative (délai délivrance **2 à 3 heures**) ;

Cocher impérativement sur l'ordonnance la case appropriée.

**Pour toute commande > à 3 poches,
adresser au plus vite l'ordonnance à l'EFS
en précisant le contexte**

Les renseignements cliniques et biologiques à fournir :

De façon générale préciser les antécédents transfusionnels et obstétricaux connus, la nature de l'intervention, sans oublier de mentionner s'il existe une notion de greffe.

- **Pour la transfusion de globules rouges :**

- ✓ L'indication clinique (hémorragie, anémie, chimiothérapie, immunodépression,...) ;
- ✓ Si possible, le taux d'hémoglobine

NB : Penser à cocher la dérogation des RAI à 21 jours dans les cas de RAI négative et d'absence de transfusion ou de greffe, depuis au moins 6 mois.

- **Pour la transfusion de plaquettes :**

- ✓ La pathologie du patient ;
- ✓ La numération plaquettaire datée ; **mention obligatoire**
- ✓ Le poids du patient. **mention obligatoire**

- **Pour la transfusion de plasma de l'EFS :**

Vous disposez de 2 types de Plasmas :

- ✓ Le Plasma Frais Congelé Sécurisé par quarantaine (PFC-Se)
- ✓ Le Plasma Frais Viro-Atténué par Amotosalen (PFC-IA)

Se conformer aux indications réglementaires à fournir :

- ✓ CIVD ;
- ✓ Hémorragies aiguës ;
- ✓ Déficit en facteur rare de la coagulation ;
- ✓ Echanges plasmatiques pour SHU ;
- ✓ Purpura Thrombopénique Thrombopathique
- ✓ ...

Le médecin doit s'enquérir des perfusions en cours. La transfusion de PSL nécessite une voie veineuse réservée.

Si la thérapeutique en cours ne peut pas être interrompue, le médecin prescrira la pose d'un cathéter court sur une autre voie veineuse pour permettre à la transfusion de rester isolée.

I.5 ACHEMINER L'ORDONNANCE À L'EFS

Non Conformités: Les demandes incomplètes ou non conformes seront refusées.

2.1

RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Arrêté du 26 novembre 1999, relatif au Guide de Bonne Exécution des Analyses Biologiques Médicales (GBEA) :
«Les dispositions contenues dans le guide s'appliquent à l'ensemble des laboratoires réalisant des analyses de biologie médicale, publics ou privés,... Ce guide s'impose à tous les établissements de santé...».
- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS du 15 décembre 2003(2003-582) relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :
- Recommandations de la HAS novembre 2014 sur la transfusion des Globules Rouges
- Arrêté du 15 Mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie érythrocytaire :

2.2 EXAMENS IMMUNO-HÉMATOLOGIQUES OBLIGATOIRES POUR TRANSFUSER UN PATIENT

Les examens sont prescrits
par un médecin ou par une sage-femme.

Nature des examens :

- Le groupe ABO-D et phénotype RhK :

**2 déterminations sur
2 prélèvements à
2 moments différents effectués si possible par
2 préleveurs différents.**

- La recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) :

RAI => Validité 3 jours

Cas particuliers :

La durée de validité de la RAI peut être modifiée par dérogation pour passer à :

- ✓ **21 jours** (HAS) lorsque le résultat de la RAI est négatif et en l'absence d'antécédents de transfusion, de grossesse ou de transplantation dans les 6 mois précédents.
- ✓ **24 Heures** (accord du CSTH) en cas de transfusion itérative ;
- ✓ **7 jours** (accord du CSTH) pour les femmes enceintes hospitalisées dans le service de grossesses à risques :
- ✓ **4 mois en Néonatalogie**, avec résultat de la RAI de la maman si possible.

* Le document de prescription d'examens d'immuno-hématologie se présente sous quatre feuillets blancs identiques.

2.3 SUR QUEL DOCUMENT ÉTABLIR LA PRESCRIPTION D'EXAMEN ?

Cf. « Prescription d'examen d'immuno-hématologie » → **ANNEXE 06**

2.4 QUE DOIT COMPORTER LA PRESCRIPTION D'EXAMEN ?

● La prescription doit comporter :

✓ Le nom du médecin prescripteur lisible et sa signature

✓ L'identification de l'établissement

✓ Le N° de l'UF

✓ Le numéro de téléphone direct de l'Unité de soins

**TAMPON
DU
SERVICE**

✓ L'identification du patient

ETIQUETTE PATIENT

✓ L'identité du préleveur : Nom, Prénom, signature

✓ La date et l'heure du prélèvement

**Utiliser l'étiquette informatique
la plus récente possible**

● A défaut d'étiquette informatique, indiquer :

✓ Nom de naissance

✓ Nom d'usage ;

✓ Prénom(s) ;

✓ Sexe ;

✓ Date de naissance (avec l'année à 4 chiffres) ;

✓ N° d'hospitalisation (Pastel) ;

✓ Date et heure du prélèvement.

● Nature des examens prescrits à cocher :

✓ Groupage ABO-D ;

✓ Phénotype RHK ;

✓ RAI ;

✓ ...

● Points importants à respecter :

✓ Les renseignements cliniques, les antécédents (obstétricaux et transfusionnels), le contexte pathologique, la notion d'injection d'immunoglobuline Anti-RHI (dose et date), la notion d'hémolyse ... en cochant les cases correspondantes ou en remplissant la case « autre » ;

✓ Nom, qualité et signature de la personne ayant effectué le prélèvement (en général l'IDE) ;

✓ N° de téléphone où vous joindre pour tout renseignement complémentaire.

Non conformités : Les demandes d'examens incomplètes ou non conformes seront refusées.

**Un exemplaire de la demande d'examens d'Immuno-Hématologie
doit être conservé dans le dossier transfusionnel du patient**

Cf. FICHE N° 11

3.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :

- **Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS du 15 décembre 2003(2003-582) relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :**
"Il est porté une attention toute particulière à l'identification du prélèvement :
 - ✓ une étiquette d'identification est apposée sur le(s) tube(s) par la personne qui a prélevé, immédiatement après le prélèvement du patient et en sa présence. Cette étiquette porte le nom de naissance, le(s) prénom(s), le nom usuel ou marital, le sexe, la date de naissance du patient, la date et, si possible, l'heure de prélèvement ainsi que l'identifiant du patient lorsqu'il existe ;
 - ✓ une dernière vérification des informations portées sur l'étiquette est effectuée en demandant au patient de décliner son identité. A défaut, la confrontation de plusieurs types de documents ou sources d'informations d'identité est systématiquement effectuée (dossier, famille, entourage...) ;
 - ✓ une procédure d'identification, mise en place dans l'établissement de santé ou dans le centre de santé de l'établissement de transfusion sanguine, permet d'identifier le patient même lorsque l'identité est incomplète, approximative ou que l'anonymat est souhaité. Cette procédure permet également de relier l'identité du patient mentionnée sur la prescription à celle du patient à prélever ;
 - ✓ l'expédition de la demande d'examen d'immuno-hématologie au laboratoire et des échantillons correspondants, s'effectue selon la réglementation en vigueur"
- **Arrêté du 15 Mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d'immuno-hématologie erythrocytaire :**

3.2 QUI PRÉLÈVE ?

Le prélèvement, pour les examens immuno-hématologiques peut être effectué par un Médecin, une sage-femme ou un(e) IDE.

3.3 POUR LES EXAMENS IMMUNO HÉMATOLOGIQUES

3.3.1 TUBES NECESSAIRES

cf. ordonnance « Prescription d'examen d'immuno-hématologie » → **ANNEXE 06**

Le nombre et la nature des tubes dépendent des examens déjà effectués préalablement, car il faut éviter de multiplier des examens inutiles.

Cas particulier des nouveau-nés:

- Si le prélèvement est effectué au niveau du cordon, essuyer l'extrémité sectionnée avant le prélèvement, afin d'éviter une contamination par des hématies maternelles ;
- Pour les prélèvements des nouveau-nés, si le nom du bébé est différent de celui de la maman, indiquer le nom de la maman sur le tube. L'EFSAM peut demander dans certains cas du sang de la maman prélevé sur un tube EDTA (bouchon violet).

Ce tube doit comporter les renseignements concernant l'identité de la maman et du bébé.

■ **Cas N°1 : Le groupe sanguin du patient n'est pas connu de l'EFS :**

Les prélèvements pour la première et la deuxième détermination doivent être effectués *obligatoirement à 2 moments différents*, et, si possible, par deux préleveurs différents (Médecin, sage-femme ou IDE), appelés «1» et «2».

- Pour la 1^{ère} détermination, le préleveur «1» :
 - ✓ Vérifie l'identité du patient en l'interrogeant ;
 - ✓ S'il est impossible d'interroger le patient, vérifie son identité selon les modalités habituelles (bracelet d'identification par exemple) ;
 - ✓ Effectue le prélèvement ;
 - ✓ Colle immédiatement après le prélèvement et en présence du patient l'étiquette informatique sur les tubes ou remplit manuellement l'identité civile ;

L'étiquetage des tubes s'effectue au lit du patient et en sa présence, immédiatement après le prélèvement et après s'être assuré de son identité.

- ✓ Complète les étiquettes informatiques sur les tubes en précisant :
 - La date et l'heure de prélèvement ;
 - «1^{ère} détermination (Groupage ABOD)» ;
 - ✓ Fait relire si possible l'étiquette au patient ;
 - ✓ Solidarise tubes et demande d'exams dans une pochette de transport. **→ ANNEXE 07**
- Pour la 2^{ème} détermination, le préleveur «2» effectue les mêmes gestes que le préleveur «1» en précisant « 2^{ème} détermination » sur le tube.

■ **Cas N° 2 : Le groupe sanguin du patient est déjà connu de l'EFS :**

- Il s'agit de la même hospitalisation :
 - ✓ Ne pas refaire le groupage ABO-D.
- Il s'agit d'une nouvelle hospitalisation ou d'un malade ayant séjourné dans un autre établissement de l'APHM :
 - ✓ Une seule détermination du groupage ABO-D suffit pour confirmer le groupe.

Cas particulier de l'utilisation d'un bilan IHR lors du transfert d'un patient à l'AP HM
Utiliser le document en page 5 de la procédure décrite en : →ANNEXE 15

Validité selon le cas :

Cf. Fiche 2

Un seul prélèvement est pratiqué :

- Soit au moment de la 1^{ère} détermination de groupage par le préleveur «1»
- Soit au moment de la 2^{ème} détermination de groupage par le préleveur «2»

Remarque : Les prescriptions de RAI de patiente ayant reçu une injection prophylactique d'immunoglobuline Anti RHI (Anti D), doivent être accompagnées si possible de la date d'injection et de la dose injectée.

Recommandations concernant tous les prélèvements :

- Les tubes de prélèvement doivent être suffisamment remplis, sous vide, sans être souillés,
- Ils ne doivent jamais être conservés au réfrigérateur.

L'acheminement des tubes doit se faire dans la pochette de transport → **ANNEXE 07**

Une pochette par patient et par détermination

Les tubes de prélèvement doivent être envoyés **au plus vite** à l'EFS, accompagnés de la prescription d'examens d'immuno-hématologie.

Non conformités : Tout prélèvement non conforme ne pourra être traité et devra faire l'objet d'une mise en conformité. Le «préleveur» sera averti par l'EFS afin d'effectuer les corrections nécessaires.

**En cas de doute ou de difficulté
sur la validité du groupage ou de la RAI :
Appeler l'EFS.**

4.1

RAPPEL DES TEXTES REGLEMENTAIRES

- **Directive technique n°2 de l'AFS du 8 décembre 1994 :**
"En cas de non-conformité, le produit ne pourra être transfusé et devra être retourné"
- **Circulaire DGS/DHOS 2003-582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :**
« Le contrôle de conformité à réception de la livraison est organisé dans l'établissement de santé. »
- **Decision du 10 Juillet 2018 définissant les bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du CSP**
Une fiche de délivrance (FD) accompagne chaque délivrance de PSL. Elle comporte l'association systématique de l'identification des produits délivrés et de l'identité du patient avec l'identifiant, le cas échéant, et constitue une des étapes fondamentales de la traçabilité.

4.2

VÉRIFICATION OBLIGATOIRE DES PSL À RÉCEPTION

La vérification de la conformité des poches & des concordances d'identité est effectuée par UNE SEULE ET MEME PERSONNE dans la salle de soins.

La personne qui réceptionne le paquet procède, **le plus rapidement possible**, à la vérification du bon de transport, du colis contenant les produits délivrés et de la Fiche de Délivrance (FD).

Elle doit vérifier :

- **sur le bon de transport : →ANNEXE 08**
 - ✓ la destination du colis (service/UF) et l'identité du receveur (patient) ;
 - ✓ la quantité et la qualité des PSL délivrés ;
 - ✓ la date et l'heure de délivrance effective (point de départ du délai limite de 06H00 pour transfuser).
- **que le colis contenant les PSL et la FD est :**
 - ✓ propre
 - ✓ en bon état
- **la conformité des PSL :**
 - ✓ l'aspect et l'intégrité du ou des produits (fuites, caillots, agrégats, couleur anormale rosée du surnageant pour un CGR,...) ;
 - ✓ la date de péremption.
- **la concordance des PSL à transfuser avec les indications de :**
 - ✓ l'ordonnance →ANNEXE 04
 - ✓ la FD concernant : →ANNEXE 09
 - l'identité du receveur,
 - la nature et les numéros de produits,
 - la quantité de poches,
 - les groupes sanguins.
- **s'il n'y a pas de discordance, noter sur la FD :**
 - ✓ votre nom ;
 - ✓ la date ;
 - ✓ l'heure ;
 - ✓ Cocher oui au « contrôle à réception conforme ».

Non conformités: Prévenir le médecin, appeler l'EFS et renvoyer le colis tel quel à l'EFS.

- Ne pas stocker les PSL dans les services de soins

- Conserver les PSL à température ambiante

PROSCRIRE LE RÉFRIGÉRATEUR.

- La réglementation prévoit de transfuser un PSL dans un délai maximal de 6 heures. Cependant, sauf contre-indication médicale et en tenant compte de la vitesse de dégradation des différents types de PSL, il convient de **PRIORISER LES TRANSFUSIONS SUIVANT CET ORDRE** :
- dès réception :
 - ✓ **les plasmas** (dégradation rapide des facteurs de coagulation)
 - ✓ **les plaquettes** (agrégation des plaquettes sans agitation)

 - dans les meilleurs délais :
 - ✓ les CGR.

***Tout PSL non utilisé,
homologue ou autologue,
doit être renvoyé à l'EFS
le plus rapidement possible
pour traçabilité et destruction.***

Ces vérifications sont les derniers verrous de sécurité avant de transfuser.

5.1

RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :

- **Décret infirmier n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes et à l'exercice de la profession d'infirmier**
"L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite qualitative et quantitative, datée et signée, les actes de soins infirmiers suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment: injection et perfusion de produits d'origine humaine nécessitant préalablement à leur réalisation, un contrôle de compatibilité obligatoirement effectué par l'infirmier (...)."
- **Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°2003-582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel**
"Ces fiches portent sur toutes les étapes de l'acte transfusionnel (...) la réalisation de l'acte transfusionnel et en particulier la description des 2 étapes du contrôle ultime pré-transfusionnel effectué en présence du patient."

5.2

BUTS DES VÉRIFICATIONS ULTIMES

- Pour tous les PSL, vérifier la concordance d'identité du receveur et du PSL avec le double de l'ordonnance, la Fiche de Délivrance et le dossier du patient afin d'éviter :
 - ✓ Une erreur de patient ;
 - ✓ Une erreur d'étiquetage ;
 - ✓ Une homonymie ;
 - ✓ Une usurpation d'identité.
- Dans le cas des CGR, vérifier au lit du patient, la compatibilité ABO des globules rouges de la poche (donneur) avec ceux du patient (receveur) afin d'éviter les accidents graves qui peuvent en découler. → FICHE 7

**Tous ces contrôles ultimes
doivent être réalisés
même en cas d'Urgence Vitale Immédiate.**

5.3

CONTROLE ULTIME D'IDENTITE

Quel que soit le type de PSL, homologue ou autologue, ces vérifications obligatoires doivent être réalisées systématiquement par une seule et même personne, Médecin, Sage-femme, ou IDE, qui pose ensuite la transfusion.

5.4

CONTROLE ULTIME DE COMPATIBILITE

Pour tout **CGR**, homologue ou autologue, cet ultime contrôle se réalise au lit du patient et en sa présence, **immédiatement avant la transfusion.**

La personne ayant réalisé les contrôles ultimes doit le mentionner dans le dossier de soins.

Cas particuliers sur l'Hôpital Nord et la Conception :

**La transfusion des nouveaux nés
La transfusion in-utero**

Ces transfusions sont effectuées sans identité immunologique ; il faut, en plus des contrôles expliqués précédemment, vérifier que le sang de la poche est bien de groupe O.

5.5 MATERIEL NÉCESSAIRE À LA RÉALISATION DU CONTRÔLE ULTIME

Préparer sur un plateau :

- Une carte pré-transfusionnelle par poche → **ANNEXE 10**
- Un dispositif à prélèvement
- Des compresses et le matériel de désinfection
- Le « KIT À USAGE UNIQUE » comprenant :
 - ✓ Une lancette "pique-doigt" ✓ Un berlingot de solution saline (NaCl 0,9 %)
 - ✓ Un perce tubulure ✓ 5 spatules.

5.6 CONDITIONS DE RÉALISATION

1	RENSEIGNER LA CARTE, EN INDIQUANT :	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Nom(s), prénom(s), date de naissance du patient, nom du transfuseur – Utiliser l'étiquette patient en priorité ☞ Numéro de CGR à transfuser, date de transfusion
2	PRÉLEVER LE SANG DU RECEVEUR	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Par piqûre du doigt à l'aide du pique doigt fourni (Kit à usage unique). ☞ Jamais à partir d'un tube prélevé à l'avance
3	PRÉLEVER LE SANG DU DONNEUR	<ul style="list-style-type: none"> ☞ En utilisant une tubulure solidaire de la poche.
4	RÉHYDRATER LES RÉACTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Déposer 1 goutte de NaCl 0,9 %, sur chaque zone réactive, à l'aide de la dosette de NaCl incluse.
5	TESTER LE SANG DU RECEVEUR	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Répartir et mélanger le sang du receveur à l'aide d'une des spatules fournies, dans l'Anti A, puis avec une nouvelle spatule dans l'anti B.
6	TESTER LE SANG DU DONNEUR	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Répartir et mélanger le sang du donneur à l'aide d'une des spatules fournies, dans l'Anti A, puis avec une nouvelle spatule dans l'anti B.
7	« CHALOUPER » 30 SECONDES	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Pour favoriser l'apparition des agglutinats.
8	LECTURE	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Une réaction positive se traduit par la présence d'agglutinats sur un fond de la couleur du réactif (bleu pour l'anti A, Jaune pour l'anti B) ☞ Une réaction négative se traduit par un mélange uniforme et homogène
9	INTERPRETATION selon les règles transfusionnelles de compatibilité ABO	3 étapes : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Détermination du groupe du patient ☞ Déduction des anticorps du patient à partir de ce groupe ☞ Vérification de l'absence d'antigènes dans la poche correspondant aux anticorps du patient
9'	EN CAS DE DOUTE SUR LA LECTURE OU L'INTERPRETATION	Ne jamais transfuser <ul style="list-style-type: none"> ☞ Effectuer immédiatement un deuxième contrôle ☞ En cas d'anomalie persistante, prévenir le médecin qui doit pouvoir intervenir à tout moment ou l'EFS. Ne jamais se déplacer avec la carte pré-transfusionnelle
10	DEVENIR DE LA CARTE PRÉ-TRANSFUSIONNELLE Circulaire du 15 décembre 2003	Il est impératif de garder les contrôles ultimes 2 heures après la fin de la transfusion. <ul style="list-style-type: none"> ☞ Garder la trace de cette vérification dans le dossier soins (date, résultat et nom de l'opérateur). ☞ Détruire cette carte selon la procédure d'élimination des déchets sanguins.

Pour La Timone et l'Hôpital Nord, les cartes pré-transfusionnelles ainsi que les Kits à usage unique sont fournis par l'EFS en même temps que les PSL délivrés.

Pour La Conception, les services récupèrent les cartes pré-transfusionnelles ainsi que les Kits à usage unique au local « coursiers sang » ouvert tous les jours de 06 à 20 heures et constituent leur stock et le cadre infirmier de nuit.

Pour Sud les services récupèrent les cartes pré-transfusionnelles ainsi que les Kits à usage unique dans le service de l'hémovigilance, Pavillon 9 - 2ème étage, de 08 à 16 heures, et constituent leur stock dans l'unité.

Les filtres transfuseurs sont à récupérer à la pharmacie de site.

La date de péremption de la carte doit être vérifiée +++.

Non conformités : Appeler le médecin du service ou l'EFS

6.1

RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :

- **Décret infirmier n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux actes et à l'exercice de la profession d'infirmier:**
"L'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite qualitative et quantitative, datée et signée, les actes de soins infirmiers suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment: injection et perfusion de produits d'origine humaine nécessitant préalablement à leur réalisation, un contrôle de compatibilité obligatoirement effectué par l'infirmier (...)."
- **Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n° 2003-582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel**
"Avant élimination, la poche avec le dispositif de perfusion clampé ainsi que le support de contrôle de compatibilité, sont conservés pour une durée minimale de 2 heures après transfusion, selon des procédures spécifiques à chaque ES."
- **Recommandations de la HAS novembre 2014 sur la transfusion des Globules Rouges**
"Le CGR est transfusé lentement, à une vitesse inférieure à 5 ml/min pendant les 15 premières minutes, puis la vitesse est adaptée à la tolérance clinique. Il n'est pas recommandé d'associer préventivement un diurétique à la transfusion. Il est recommandé de surveiller, outre les paramètres habituels (fréquence cardiaque, pression artérielle, température), la fréquence respiratoire et, si possible, la saturation en oxygène, pendant la transfusion à intervalles réguliers de 15 à 30 minutes, et jusqu'à 1 à 2 heures après la transfusion."

6.2

QUI TRANSFUSE ?

La pose et la surveillance de la transfusion peuvent être réalisées par le Médecin, la sage-femme ou l'IDE.

Dans tous les cas :

- Un médecin doit être dans l'enceinte de l'hôpital et joignable afin de pouvoir intervenir à tout moment ;

En dehors de l'urgence, éviter de transfuser la nuit

- Si une transfusion est envisagée en l'absence de médecin dans le service, (week-end / jours fériés / horaires de nuit) se référer à la « **Procédure de délégation médicale de l'acte transfusionnel** » spécifique à chacun des sites hospitaliers (Conception, Timone I & 2, Timone Enfants, Hôpitaux Sud, Hôpital Nord). → **ANNEXES 05**

6.3

LA TRANSFUSION NÉCESSITE

- Le produit sanguin labile à transfuser
- Le Matériel de transfusion qui comprend :

✓ plateau	✓ antiseptiques
✓ compresses	✓ gants stériles
✓ sparadrap	✓ transfuseurs délivrés par la pharmacie de site *
✓ garrot	
- La Fiche de Délivrance fournie par l'EFS avec les PSL → **ANNEXE 09**

* Référence **PHARMECO : 522242 – Transfuseur Standard VH-22-EGA – Becton Dickinson France.**

Précautions à prendre lors de la pose de la transfusion :

- Contrôler les principales constantes : tension artérielle, température, pouls, ... Pour un sujet âgé (> 80 ans), il faut contrôler la fréquence respiratoire et prendre la Saturation en Oxygène ;
- En cas d'anomalie, prévenir le médecin ;
- Vérifier que la voie veineuse soit fonctionnelle ;
- Choisir une voie veineuse adaptée à la pose d'un cathéter de calibre suffisant (18 ou 16G) qui permettra un débit correct (viscosité du produit et rapidité de la transfusion) ;
- Utiliser le transfuseur unique fourni par la pharmacie de site (hors protocole enfant).
- Interdire toute perfusion simultanée «en Y» d'autres produits ;
- Ne pas injecter de produits médicamenteux en parallèle sans avis médical ;
- Transfuser les premiers millilitres de CGR lentement afin de pouvoir détecter d'éventuelles effets indésirables.

Sauf contre-indication médicale, si vous recevez différents types de PSL simultanément, il faut transfuser par ordre de priorité :

- Les plasmas
- Les plaquettes
- Les CGR.

Durée des transfusions pour un adulte sans pathologie cardiaque ou rénale pour :

- un plasma : 5 à 10 minutes en fonction du volume ;
- une plaquette : 15 à 30 minutes en fonction du volume ;
- un CGR : 45 minutes à 01h30 par unité.

Durée des transfusions en pédiatrie et en gériatrie :

**Suivre les instructions du médecin
pour connaître le débit et la durée
de la transfusion
en fonction de la pathologie du patient.
Rester auprès du patient
les 15 premières minutes de la transfusion.**

La surveillance doit être attentive pendant les 15 premières minutes de la transfusion. La majorité des EIR surviennent dans ce laps de temps. Le patient doit rester allongé durant la transfusion.

■ **Surveillance générale obligatoire :**

Noter, dans le dossier de soins, les différents points concernant la surveillance du patient :

- pouls ;
- température ;
- tension artérielle ;
- Fréquence respiratoire et saturation en Oxygène pour le sujet âgé.

Vous pouvez utiliser la fiche institutionnelle de surveillance transfusionnelle → **ANNEXE II**

■ **Détection éventuelle de signes cliniques (incidents à déclarer à l'Hémovigilance) :**

■ **Cf. : FICHE 8**

- Température :
 - ✓ hypothermie
 - ✓ hyperthermie
- Frissons
- Etat cutané :
 - ✓ urticaire
 - ✓ rash cutané,
 - ✓ cyanose
- Troubles digestifs :
 - ✓ nausées
 - ✓ vomissements,
 - ✓ diarrhée
- Etat de conscience
- Douleurs :
 - ✓ céphalées
 - ✓ douleurs lombaires,
 - ✓ douleurs abdominales
 - ✓ ...
- Respiration :
 - ✓ amplitude
 - ✓ fréquence

■ **Surveillance locale :**

- **perméabilité de la voie veineuse** au point de ponction, surveiller l'absence :
 - ✓ d'œdème
 - ✓ de rougeur,
 - ✓ de chaleur
 - ✓ de douleur.

- Conserver 2 heures après la fin de l'acte transfusionnel :
 - ✓ les poches vides solidaires de leur tubulure clampée
 - ✓ les cartes de contrôle ultime (pour les CGR).
- Détruire les poches vides et les cartes selon la procédure d'élimination des déchets sanguins après ce délai.
- Les poches non utilisées (périmées, percées,...) doivent être impérativement renvoyées à l'EFS pour destruction.

7.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- [Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS du 15 décembre 2003 \(2003-582\) relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :](#)
"La prescription médicale des PSL homologues ou autologues est établie si possible sur un document pré-imprimé conformément aux bonnes pratiques de distribution de PSL"
- [Recommandations de la HAS novembre 2014 sur la transfusion des Globules Rouges](#)
« les procédures spécifiques à l'urgence sont rédigées et validées par l'ES. Elles intègrent les 3 notions d'urgence vitale immédiate (UVI) délivrance sans délai, urgence vitale (UV) obtention des CGR en moins de 30 minutes et urgence relative (UR) obtention des CGR en 2 à 3 heures »
- [Recommandations de la HAS d'avril 2012 sur la transfusion des Plasmas](#)
- [Decision du 10 Juillet 2018 définissant les bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du CSP](#)

7.2 QUE SE PASSE-T-IL ?

■ LE SERVICE DE SOINS TELEPHONE A L'EFS POUR :

- Annoncer l'urgence vitale
- Demander si le patient est connu et à jour (groupe ABO-D RHK et RAI)

■ L'EFS

- Indique le délai de disponibilité des PSL :
 - ✓ Un dialogue va alors s'établir entre l'appelant et l'EFS, afin de réunir les informations obligatoires et nécessaires à une prise en charge efficace et optimisée de l'urgence - L'EFS posera rapidement une série de questions suivant sa procédure spécifique à la commande en UVI ;
 - ✓ *Il est impératif*, dans la mesure du possible, de faire parvenir un prélèvement, *avant de transfuser la première poche*, afin de déterminer le groupe sanguin du patient et d'effectuer la RAI.

■ SELON LES INDICATIONS DE L'EFS, LE SERVICE DE SOINS :

- Envoie un coursier qui :
 - ✓ Amène l'ordonnance, sur laquelle sera cochée la mention "**Urgence Vitale Immédiate**", en extrême urgence à l'EFS ;
 - ✓ Attend de récupérer les PSL délivrés par l'EFS pour les ramener dans le service au plus vite.

■ LE SERVICE DE SOINS :

- Pose la transfusion après les vérifications ultimes obligatoires.

■ PLAN BLANC : VOIR LA PROCEDURE DE SITE

8.1

RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :

- **Décret du 24 janvier 1994 Art. R 666-12-24:**
"Tout médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmière ou infirmier qui a connaissance de l'administration d'un produit sanguin labile à un de ses patients et qui constate un effet inattendu ou indésirable dû ou susceptible d'être dû à ce produit, doit le signaler sans délai au correspondant d'Hémovigilance de l'Établissement dans lequel a été administré ce produit....".
- **Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n° 2003-582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel**
"La conduite à tenir face à un événement indésirable (EFFET INDESIRABLE RECEVEUR) est décrite."
- **Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n° 581 du 15 décembre 2003 relative aux recommandations concernant la conduite à tenir en cas de suspicion d'EFFET INDESIRABLE RECEVEUR par contamination bactérienne**
"Avant élimination, la poche avec le dispositif de perfusion clampé ainsi que le support de contrôle de compatibilité, sont conservés pour une durée minimale de 2 heures après transfusion, selon des procédures spécifiques à chaque ES."
- **Décision du 7 mai 2007 fixant la forme, le contenu et les modalités de transmissions de la fiche de déclaration d'évènement grave**
"Un incident grave est un incident lié aux prélèvements de sang, à la qualification biologique du don, la préparation, la conservation, la délivrance ou la transfusion des PSL, dû à un accident ou une erreur susceptible d'affecter la sécurité ou la qualité de ce produit et d'entraîner des effets indésirables graves, c'est-à-dire, des effets pouvant entraîner la mort ou mettre en jeu le pronostic vital du patient ..."
- **Fiche Effet Indésirable Receveur** : Conduite à tenir devant un EIR validée par la SFAR et la SFVTT.
→ **ANNEXE 12A**

8.2

EFFET INDÉSIRABLE EN COURS DE TRANSFUSION

⇒ **VOUS ETES MEDECIN, SAGE FEMME OU IDE**

- **Arrêter la transfusion**
- **Garder la voie veineuse**
- **Noter les constantes :**
 - Fréquence cardiaque
 - Tension artérielle
 - Température
 - Fréquence respiratoire et saturation en Oxygène pour un patient âgé (> 80 ans)
- **Pour les sages-femmes ou IDE, appeler un médecin**
 - Appliquer le traitement prescrit.
- **Vérifier de nouveau l'adéquation patient/PSL :**
 - S'assurer que le patient a bien reçu le PSL qui lui était destiné :
 - Pour cela contrôler une nouvelle fois la concordance entre l'identité du patient (ordonnance et FD) et le produit transfusé (groupe sanguin, nature du PSL)
 - Contrôler à nouveau le résultat de la carte de contrôle ultime de compatibilité
- **Déclarer l'EIR dans les 8 heures**
 - ✓ à l'EFS de votre site en renseignant et transmettant dans les meilleurs délais la fiche d'EIR spécifique voir → **ANNEXE 12B** en vous aidant de l'**ANNEXE 12A**
 - ✓ au Correspondant d'Hémovigilance sur le poste **44 331**.

- **Noter dans le dossier de soins :**
 - ✓ les circonstances
 - ✓ date
 - ✓ appels
 - ✓ ...
 - ✓ signes cliniques,
 - ✓ heure,
 - ✓ mesures prises,

- **Adresser à l'EFS le plus rapidement possible (sur prescription médicale) :**
- Les bons d'examens nécessaires en cochant la mention «Bilan d'incident Transfusionnel» pour :
 - **ANNEXE 06**
 - ✓ Le groupage ABOD, RHK
 - ✓ La RAI
 - ✓ Le Coombs direct
- Les tubes pour réaliser les examens d'immuno-hématologie sur 2 tubes EDTA (bouchon violet)

**A prélever si possible en périphérie
sur une voie différente de la transfusion**

- **Après avis du Médecin, en cas de recherche d'Anticorps anti-HLA :**
- Cocher « Autres » sur le bon d'examen et préciser :
 - ✓ « recherche d'Anticorps anti-HLA »
 - ✓ éventuellement « Typage HLA » si transfusion de Plaquettes.
- Prélever :
 - ✓ Les anticorps anti HLA sur 2 tubes secs
 - ✓ Le typage HLA sur 1 tube EDTA (bouchon violet)

- **En cas de fièvre supérieure à 39°C et/ou avec un écart de 2 degrés par rapport à la température de référence (pré-transfusionnelle) adresser :**
- A l'EFS de votre site :
 - ✓ La poche clampée, non dissociée de la tubulure, dans un sac de transport adapté
- au laboratoire de bactériologie AP-HM :
 - ✓ 2 flacons pour hémocultures (aérobie et anaérobie), ensemencés dès que possible avec le sang du patient.
 - ✓ 2 flacons pour hémocultures (aérobie et anaérobie), ensemencés 01h après le 1er ensemencement avec le sang du patient.

8.3 EFFET INDÉSIRABLE RECEVEUR AU DELA DE 2H APRES LA TRANSFUSION

Prévenir le Correspondant d'Hémovigilance au poste **44 331** dans les cas :

- d'apparition de nouveaux Ac irréguliers (RAI positives) ;
- de séroconversion virale pouvant être liée à une transfusion.

9.1

RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES :

- **Directive Technique n° 2 de l'AFS du 8 décembre 1994:**
"Le terme de traçabilité désigne la faculté d'établir le lien entre le produit sanguin labile délivré et le receveur effectif, tout en préservant l'anonymat du dossier et de telle sorte qu'il ne soit pas porté atteinte au secret médical."
- **Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n° 2003-582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel**
"La traçabilité comprend l'identification du PSL transfusé par l'intermédiaire de son code produit, de son numéro d'identification spécifique du code à barre ainsi que de la confirmation du receveur..."
- **Decision du 10 Juillet 2018 définissant les bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du CSP**
Une fiche de délivrance (FD) accompagne chaque délivrance de PSL. Elle comporte l'association systématique de l'identification des produits délivrés et de l'identité du patient avec l'identifiant, le cas échéant, et constitue une des étapes fondamentales de la traçabilité.

9.2

COMPLÉTER LA FICHE DE DÉLIVRANCE DE L'EFS

Cette fiche est à remplir en double exemplaire au niveau du « Bordereau de traçabilité » :
→ **ANNEXE 09**

- **Coller la ou les vignettes correspondant au(x) PSL transfusé(s) ;**
- **Cocher la case du contrôle de concordance des documents pour tous PSL ;**
- **Cocher la case du test de compatibilité ABO pour les CGR ;**
- **Identifiez-vous (nom et qualité) ;**
- **Mentionnez la date et l'heure de l'acte transfusionnel ;**
- **Coller une étiquette patient en cas d'erreur de receveur ;**
- **Inscrivez si nécessaire un commentaire :**
 - renvoyée à l'EFS (cause de non transfusion),
 - incident transfusionnel (à compléter par la déclaration → **ANNEXE 12B**)
 - etc.

9.3

GESTION DES FICHES DE DÉLIVRANCE REMPLIES

- **Mettre un exemplaire de la FD dans le dossier transfusionnel du patient**
- **Redescendre le deuxième exemplaire à l'EFS**

Ce retour à l'EFS est essentiel et obligatoire, il permettra à la cellule d'Hémovigilance, une fois ces informations saisies par l'EFS, de contrôler la traçabilité dans son intégralité.

La traçabilité directe (retour de la FD sans intervention de l'Hémovigilance) est un des indicateurs de Pôles.

Le chef du dernier service ayant accueilli le patient doit informer ce dernier ou le titulaire de l'autorité parentale, oralement et par écrit, de tous les PSL transfusés au cours de son séjour.

10.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- Article L.1112-1 du CSP (information du patient)
- Articles 35,36 et 42 du code de déontologie
- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS du 15 décembre 2003(2003-582) relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :
"Il exige l'information systématique du patient avant la réalisation de l'acte chaque fois que cela est possible"
- Circulaire DGS/DHOS/SD3/2006 du 11 janvier 2006 abrogeant la circulaire relative aux analyses et test pratiqués chez un receveur de PSL

10.2 RÉALISATION DE L'INFORMATION POST TRANSFUSIONNELLE

- **Avant la sortie du patient de l'hôpital, le médecin du service de soins :**
- Informe oralement le patient qu'il a bien été transfusé
- Lui remet une ordonnance pour la réalisation de la RAI à effectuer 4 à 6 semaines après la dernière transfusion de CGR. → **ANNEXE 13**
- Remet au patient un document daté et signé mentionnant la qualité et la quantité des PSL transfusés. → **ANNEXE 14**
- Informe par écrit le médecin traitant des transfusions.
- Conserve les preuves de toutes ces informations fournies :
 - ✓ mention de l'information dans le dossier médical,
 - ✓ lettre au médecin traitant,
 - ✓ protocoles du service,
 - ✓ ...

10.3 RÉALISATION DU SUIVI POST TRANSFUSIONNEL

1 mois après la sortie du patient de l'hôpital, le médecin du service de soins, destinataire des résultats du patient doit :

- Interpréter la RAI ;
- Informer le patient ;
- Prévenir le Correspondant d'Hémovigilance en cas de positivité de la RAI en composant le **44 331** en vue de déclarer un EFFET INDESIRABLE RECEVEUR.

11.1 RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- **Directive Technique n° 2 de l'A.F.S. du 8 décembre 1994 relative à la traçabilité:**
"L'établissement de soins conserve les informations relatives aux transfusions des PSL".
- **Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n° 2003-582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel**
"Le dossier transfusionnel fait partie du dossier médical, il regroupe les informations indispensables à la sécurité transfusionnelle. Il contient : »
- **Decision du 10 Juillet 2018 définissant les bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du CSP**
Conservation pendant au moins trente ans de l'identification de l'établissement fournisseur du PSL, s'il est différent de l'établissement de transfusion sanguine producteur ;l'identification du PSL délivré ;l'identification du receveur transfusé ;pour les PSL non transfusés, la confirmation de la destination ultérieure ;la date de la transfusion ou d'autre destination (jour/mois/année) ;le numéro de lot du PSL, s'il y a lieu
- **Instruction interministérielle DHOS/EI/DAF/DPACI no 2007-322 et (no DAF/DPACI/RES/ no 2007-014) du 14 août 2007 relative à la conservation du dossier médical**
« La mention des actes transfusionnels pratiqués et, le cas échéant, la copie de la fiche d'incident transfusionnel qui doivent figurer dans le dossier médical en vertu du l) du 1o de l'article R. 1112-2 du code de la santé publique doivent y être conservées pendant une durée de trente ans conformément aux termes de l'article 4 de la directive européenne précitée du 30 septembre 2005.

11.2 CONSTITUTION DU DOSSIER

Un dossier transfusionnel doit être constitué pour chaque patient transfusé. Dans un souci d'harmonisation sur l'APHM, et dans l'attente du dossier patient informatisé, le dossier transfusionnel de couleur rouge devra contenir les éléments suivants :

- ☒ **Doubles des bons d'examen d'immuno-hématologie** → **ANNEXE 06**
- ☒ **Doubles des ordonnances des PSL** → **ANNEXE 04**
- ☒ **Résultats des examens d'immuno-hématologie (envoyés par l'EFS)**
- ☒ **Fiches de Délivrance** → **ANNEXE 09**
- ☒ **Bons de transport** → **ANNEXE 08**
- ☒ **Fiches de surveillance transfusionnelle** → **ANNEXE 11**
- ☒ **Fiches d'Effet Indésirable Receveur, en cas d'incident** → **ANNEXE 12B**
- ☒ **Résultats post transfusionnels (RAI à 4 à 6 semaines)**

11.3 ARCHIVAGE DU DOSSIER

Le dossier transfusionnel doit être archivé dans le dossier du patient (cf. [procédure d'archivage du site](#))

12.1

RAPPEL DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- **Circulaire DGS/3B-DH/9D n° 589 du 03 juillet 1990 relative à la transfusion autologue en vue d'une intervention programmée:**
"Les poches autologues sont réservées à leur donneur et doivent être utilisées à la date prévue. Le caractère autologue ne dispense nullement de la vérification prétransfusionnelle au lit du malade".
- **Circulaire DGS/DH/AFS n°97/57 du 31 janvier 1997, relative à la transfusion autologue :**
"Il est souligné notamment... l'importance de la réalisation et de l'interprétation correctes des contrôles d'identification et de vérification ultime ABO pré-transfusionnels au lit du malade."
- **Circulaire DGS/DH/AFS n°97/57 du 31 janvier 1997, relative à la transfusion autologue en chirurgie.**
Ayant pour objet de diffuser un ensemble de recommandations concernant la transfusion autologue en chirurgie. Elle rappelle la nécessité de pratiquer le contrôle ultime: "Tout effet inattendu ou indésirable survenu au cours ou au décours d'une transfusion autologue doit être déclaré au responsable de l'hémovigilance".
- **Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS du 15 décembre 2003(2003-582) relative à la réalisation de l'acte transfusionnel**
- **Recommandations de la HAS de novembre 2014 sur la transfusion des GR**
- **Récupération de sang péri-opératoire (RSPO) suivie de son administration par voie intra-veineuse / juillet 2006**
La HAS précise que le produit sanguin RSPO n'a pas de définition réglementaire, n'est ni un médicament ni un PSL
- **Recommandations de la HAS d'avril 2012 sur la transfusion des Plasmas**

12.2

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES TECHNIQUES AUTOLOGUES

La transfusion autologue consiste pour un patient à donner son sang pour son usage personnel. Ce terme recouvre essentiellement 2 techniques :

■ **La Transfusion Autologue Programmée (TAP) :**

La transfusion autologue en vue d'une intervention programmée, nécessite plusieurs prélèvements de sang avant l'intervention. Chaque prélèvement est séparé en un concentré de globules rouges et un plasma, conservés par l'EFS avant la délivrance à une équipe de soins.

■ **La Transfusion Autologue péri-opératoire (récupération)**

La transfusion autologue péri-opératoire relève de l'initiative et de la décision de l'équipe médico-chirurgicale.

Elle consiste en une récupération de sang épanché en per et post opératoire avec re-transfusion après filtration, concentration et lavage. Cette technique n'est réalisée que dans le cadre du bloc opératoire ou de la salle de réveil et nécessite des procédures spécifiques qui sont à la disposition des personnels habilités à cet effet.

La transfusion du sang récupéré au patient doit être terminée avant la sortie du bloc opératoire ou de la salle de réveil. Ce type de transfusion ne concerne donc pas les unités de soins.

La HAS précise que les produits issus de la récupération péri-opératoire ne sont pas considérés comme des PSL et ne relèvent pas de l'Hémovigilance.

12.3 COMMENT TRANSFUSER LES PRODUITS AUTOLOGUES PROGRAMMÉS

La transfusion de produits Autologues respecte les mêmes règles de Bonnes Pratiques Transfusionnelles que celles décrites dans ce guide pour la transfusion Homologue.

L'étiquetage des poches autologues est spécifique. Ces poches comportent un feuillet plastique supplémentaire latéral et indissociable de la poche, qui supporte l'identification du patient, donneur de ce PSL.

Il faut s'assurer cependant que la poche délivrée porte bien la mention «Autologue» et que l'étiquette latérale supplémentaire concorde avec l'identité du patient.

Dans tous les cas les produits Autologues sont strictement réservés au patient prélevé et ne peuvent en aucun cas être utilisés pour d'autres patients ou à d'autres fins.

ANNEXE 01 - Site intranet de l'Hémovigilance

Ce site rappelle :

- l'historique et la définition de l'Hémovigilance
- les différents objectifs de l'Hémovigilance
- le dispositif d'Hémovigilance de l'AP-HM
- les indicateurs qualité et le bilan d'activité de l'Hémovigilance
- les derniers chiffres du risque résiduel en transfusion
- les procédures de transfusion Homologue
- les principaux textes réglementaires et conventions
- les actualités en Hémovigilance

Il donne également accès directement à différents sites :

- de la H.A.S (Haute Autorité en Santé)
- de la SFVTT (Société Française de Vigilance et Thérapeutique Transfusionnelle)
- de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé)

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) remplace L'AFSSaPS depuis le 1^{er} mai 2012. Les missions concernant les vigilances ne sont pas modifiées :

- contrôle de l'Hémovigilance sur le territoire français ;
- Coordination de l'ensemble des Vigilances Sanitaires :
 - ✓ Pharmacovigilance
 - ✓ Biovigilance
 - ✓ Toxicovigilance
 - ✓ Cosmétovigilance.
 - ✓ Matéριοvigilance,
 - ✓ Réactovigilance,
 - ✓ Pharmacodépendance,

Pour avoir des informations complémentaires concernant les Vigilances Sanitaires, vous pouvez également aller sur ViGéRiS, site de présentation des Vigilances à l'AP-HM.

HÉMOVIGILANCE est disponible à l'adresse :

http://polqua/VIGERIS/HEMO_BPublic

ViGéRiS est disponible sur Intranet à l'adresse :

<http://vigeris/>

Transfusion de produits sanguins labiles

Information systématique du patient avant traitement

La transfusion est indispensable à de très nombreux traitements en médecine et en chirurgie. Chaque année, en France, environ 3 200 000 dons de sang permettent de traiter plusieurs centaines de milliers de malades.

Qu'allez-vous recevoir ?

Les produits appelés globules rouges, plaquettes ou plasma frais congelé (exceptionnellement, globules blancs) sont des produits sanguins labiles. Ils proviennent de dons de donneurs bénévoles. Ils sont rigoureusement contrôlés et répondent à des normes obligatoires de sécurité et de qualité : sélection des donneurs, tests de dépistage sur chaque don, règles pour assurer la qualité sur toute la chaîne du donneur au malade. Le traitement qui vous est proposé est nécessaire à votre état de santé actuel. Votre médecin a bien étudié les bénéfices pour vous ainsi que les risques éventuels.

Quels sont aujourd'hui les risques connus de ce traitement ?

Comme tout traitement, la transfusion comporte des risques. Des réactions sans conséquences graves peuvent survenir pendant et après transfusion, comme de l'urticaire ou des frissons et de la fièvre sans cause infectieuse. Les autres risques sont aujourd'hui limités grâce aux mesures déjà prises. Il s'agit :

1. Des risques résiduels de contamination.

Ils continuent de diminuer avec les progrès des connaissances et des techniques. Les estimations du risque théorique d'infection, réactualisées chaque année par l'INVS, sont les suivants pour la période 2010-2012 :

- 1 risque théorique d'infection par le virus de l'hépatite B pour 2.500.000 transfusions*
- 1 risque théorique d'infection par le virus de l'hépatite C pour 10.000.000 transfusions*
- 1 risque théorique d'infection par le virus du SIDA pour 2.750.000 transfusions*
- 1 risque théorique d'infection par des bactéries pour 500.000 transfusions*

2. Des risques liés aux très nombreux groupes sanguins.

Le grand nombre de groupes sanguins différents d'une personne à l'autre impose de faire des examens obligatoires avant transfusion pour assurer votre sécurité : deux déterminations des groupes sanguins (A, B, O, AB et Rhésus) et une recherche d'anticorps irréguliers contre de nombreux groupes. Une dernière vérification sera effectuée à votre chevet en cas de transfusion de concentrés de globules rouges. Malgré toutes ces précautions, des anticorps irréguliers apparaissent chez certains malades (dans 1 à 5 % des cas généralement).

ANNEXE 02- Fiche d'information au patient

Pour dépister et traiter, si nécessaire, d'éventuelles complications, le plus tôt possible, il est recommandé de surveiller les personnes transfusées.

C'est pourquoi, votre médecin va vous proposer une recherche d'anticorps irréguliers à effectuer 1 mois après transfusion.

Les résultats devront lui être renvoyés pour être archivés dans votre dossier transfusionnel hospitalier.

D'autres risques pourraient-ils survenir ?

Il n'y a, actuellement, aucune donnée sur un risque mesurable de transmission par transfusion de la maladie de Creutzfeldt-Jakob. Cependant, ce risque probable ou d'autres aujourd'hui inconnus ne peuvent être exclus.

Toutes les mesures, aujourd'hui possibles, de prévention de ces risques théoriques ont été prises, notamment dans la sélection des donneurs de sang et dans la préparation des produits.

En outre, une surveillance nationale des incidents de la transfusion a été mise en place depuis 1994 (l'hémovigilance). Les recherches scientifiques sont très suivies. Si cela s'avérait nécessaire, des informations complémentaires vous seraient communiquées.

Toutefois, si vous souhaitez obtenir des renseignements complémentaires sur le produit que vous avez reçu, vous pouvez vous adresser au médecin du service où vous avez été transfusé(e) ou au service d'Hémovigilance.

Conservez les documents que vous allez recevoir.

Un document écrit comportant la date de vos transfusions, l'établissement et le service où vous avez été transfusé(e), le type et le nombre de produits sanguins labiles que vous avez reçus vous sera remis avant votre sortie de l'hôpital. Conservez ce document avec soin et montrez-le à votre médecin traitant. Il en a besoin pour assurer votre suivi médical.

Il est utile de faire inscrire ce traitement sur votre carnet de santé et d'informer votre médecin traitant de vos changements de domicile ou de lieu de traitement.

Votre médecin est à votre disposition pour répondre aux questions que vous vous posez.

*N'hésitez pas à en parler avec lui
ou à contacter le service d'Hémovigilance :*

<http://fr.ap-hm.fr/service/hemovigilance-aphm>



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Les étapes du processus d'information du patient

SEJOUR HOSPITALIER

- Entretien médical
- Remise d'un document (sur les risques encourus)
- Consentement du patient

TRANSFUSION

SORTIE

- Entretien médical
- Remise d'un document (sur les produits transfusés)
- Remise d'une ordonnance pour la RAI à 1 mois

1 MOIS

Le patient fait pratiquer l'examen prescrit et envoie les résultats au médecin transfuseur et/ou traitant

RAI POST-TRANSFUSIONNELLE

Les obligations du médecin

Information du patient transfusé

Textes réglementaires relatifs à l'information du patient

- Arrêts de la cour de cassation du 25-02-1997 (arrêt Hedreul) et 14-10-1997
- Arrêt du conseil d'Etat du 05-01-2000
- Loi n° 2002-303 du 04-03-2002 relative aux droits des malades...
- Décret n° 2002-637 du 29-04-2002 relative à l'accès aux informations personnelles
- Code de déontologie médicale art. 35, 36 et 42 (décret n° 2005-481 du 17-05-2005)
- Code de santé publique Article R4127-1 à 112 du 14-12-2006

Recommandations de l'HAS sur l'information des patients

Textes réglementaires relatifs à l'information du patient en transfusion

- Décret n° 96-68 du 24-01-1994 relatif aux règles d'hémovigilance
- Circulaire n° 97-149 du 26-02-1997 relative à l'accès des patients à l'information
- Circulaire DGS-DHOS-AFSSaPS n°03/582 du 15-12-2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel

La mise à jour de cette brochure a été effectuée par le centre d'hémothérapie
Contact : Dr René-Luc Lanté - Coordonnateur d'hémothérapie - Tél. : 44 278



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

ANNEXE 04 - Ordonnance de PSL



ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

N° d'ordonnance

Joindre les documents de groupage sanguin et pour les CGR, le résultat de la RAI valide (ou les prélèvements pour leur réalisation)

MEDECIN - PRESCRIPTEUR

Nom (lisible et en majuscule):

Téléphone du prescripteur:

Signature (obligatoire)

Date de la prescription: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

ETABLISSEMENT DE SANTE:

Service (UF):

Tél. direct:

PATIENT (coller l'étiquette du patient)

Nom de famille (ou de naissance):

Nom d'usage (marital ou autre):

Prénom:

Né(e) le : Sexe : F M

Pour nouveau-né: préciser le terme (SA): Poids: g

Et l'identité complète de la mère:

Pour une transfusion non urgente ou programmée:

Date et heure souhaitées de la délivrance: le / /
à H.

Si transfusion urgente cocher la mention adéquate

Urgence Vitale Immédiate (délivrance sans délai) et ☒ à l'EFS

Urgence Vitale (délai obtention < 30 minutes) et ☒ à l'EFS

Urgence relative (délai obtention 2 à 3 heures)

Une ordonnance par type de PSL hors UV et UVI

Renseignements cliniques et biologiques :

Greffe organe Greffe CSH Aplasie médullaire Myélodysplasie Drépanocytose Autre:

CONCENTRE de GLOBULES ROUGES (CGR)

Quantité Ferme :

Quantité Réserve :

ou Volume : mL

Hb : g/dL

Qualification/transformation (voir verso)

- Phénotypé RH KEL
- Irradié (préciser indication):
- Compatibilisé (joindre un tube EDTA)
- Autres (préciser):

Traceur température (entreposage/relais)

Indication:

Je prescris la prolongation de la validité de la RAI négative à 21 jours en absence de transfusion, grossesse ou greffe depuis 6 mois Nom et Signature (obligatoire) :

Délivrance souhaitée des PSL en réserve

..... / /

CONCENTRE de PLAQUETTES (CP) Quantité Ferme : Quantité Réserve :

Plaquettes: G/L Date de la numération: / / Poids

Irradié (préciser indication): Autre (préciser):

Posologie souhaitée : en 10¹¹ plaquettes (posologie au verso).

Le choix du produit posologie et nature (MCP ou CPA) sera sélectionné en fonction des produits disponibles par le site de délivrance

Le taux de plaquettes, et le poids du patient sont à renseigner obligatoirement

PSL:

Nb:

(si différent)

Service:

PLASMA FRAIS CONGELE (PFC) Quantité Ferme : Quantité Réserve :

Nombre : PFC ou Volume : mL VHE négatif (indications au verso)

(1 PFC = 200 mL minimum)

Indication à cocher :

- Hémorragies aiguës avec déficit global des facteurs de coagulation
- Echange plasmatique (préciser la pathologie):
- Déficits complexes rares en facteurs de coagulation
- CIVD
- Autres (préciser):

Prescripteur:

PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES

Quantité CGR :

Quantité PFC :

Sites	Tel et Fax	Sites	Tel et Fax	Sites	Tel et Fax
Aix Pce	04.42.33.97.72 / 04.42.33.99.08	Ajaccio	04.95.29.90.59 / 04.95.29.94.28	Arles	04.90.49.29.50 / 04.90.49.28.83
Avignon	04.90.81.14.01 / 04.90.87.53.20	Bastia	04.95.58.18.76 / 04.95.58.12.83	Cannes	04.93.94.82.35 / 04.93.94.82.34
Gap	04.92.40.67.24 / 04.92.40.67.21	Toulon	04.98.08.08.70 / 04.94.36.23.46	St Laurent	04.92.27.52.47 / 04.92.27.52.49
MRS Baillie	04.91.18.95.01 / 04.91.18.95.10	MRS Nord	04.91.96.88.57 / 04.91.96.88.22	MRS IPC	04.91.17.84.70 / 04.91.17.84.71
MRS Timone	04.91.38.75.43 / 04.91.38.80.21				

EFS Provence Alpes Côte d'Azur et Corse - 506 Avenue du Prado CS 30002 13272 Marseille 08

ALM/PSL/DEL/FO/101 V 16

Date d'effet : 27/02/2018

1/2

ANNEXE 04Bis - Ordonnance Nouveau-nés

EFS		ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES « 0 à 4 mois »	
PRESCRIPTEUR Nom <i>(Écriture lisible et en majuscule)</i> Signature (obligatoire): <i>(Étiquette patient)</i>		ETABLISSEMENT DE SANTE Etablissement : Service / UF: Tél. direct : Date de la prescription: Date et heure souhaitées pour la délivrance : <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> H <input type="text"/> </div>	
PATIENT Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Nom de naissance : Prénom : Né le : Renseignements cliniques et biologiques : Taux d'hémoglobine : g/dL Poids: kg		<input type="checkbox"/> Urgence Vitale Immédiate (délivrance sans délai) <input type="checkbox"/> Urgence Vitale (délai délivrance < 30 minutes) <input type="checkbox"/> Urgence relative (délai délivrance 2 à 3 heures) <input type="checkbox"/> Non Urgent (délai de délivrance 5 à 6 heures)	
SI URGENCE VITALE : CONTACT TELEPHONIQUE INDISPENSABLE			
INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES <u>au jour de la transfusion</u>			
Etat hémodynamique: Stable: <input type="checkbox"/> Instable: <input type="checkbox"/> Age et poids: <32 SA ou < 1.5 Kg <input type="checkbox"/> >32 SA et > 1.5 Kg <input type="checkbox"/>			
Transfusion spécifique:			
Transfusion ponctuelle <input type="checkbox"/> Don dédié <input type="checkbox"/>		Exsanguino transfusion <input type="checkbox"/> Transfusion massive <input type="checkbox"/>	
		}	
		> 20ml/Kg/3ou4h > 80ml/Kg/24h	
CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES			<input type="checkbox"/> Délivrance de PSL mis en réserve PSL : Quantité : Service (si différent) : Délivrance souhaitée : date et heure : <div style="text-align: center;"> <input type="text"/> H <input type="text"/> </div> Prescripteur : Nom : Signature :
Quantité (unité) ou volume (ml): FERME <input type="checkbox"/> RESERVE <input type="checkbox"/> Qualification(s): Irradiation <input type="checkbox"/> Compatibilisé (si atcd RAI+) <input type="checkbox"/> Autres (préciser):			
CONCENTRE DE PLAQUETTES			
<i>Le produit le plus adapté sera sélectionné en fonction des produits disponibles</i>			
Quantité : FERME <input type="checkbox"/> RESERVE <input type="checkbox"/> Qualification(s) (préciser):			
Date Numération: <input type="text"/>		Num. Plaquettaire:G/L	
PLASMA FRAIS CONGELE			
Quantité : FERME <input type="checkbox"/> RESERVE <input type="checkbox"/> Indication de la transfusion : VHE négatif <input type="checkbox"/>			
AUTRE PRODUIT SANGUIN LABILE (préciser):			
TRANSFUSEUR <input type="checkbox"/>		CARTE PRETRANSFUSIONNELLE <input type="checkbox"/>	
		SAFETY PACK <input type="checkbox"/>	
EFS ALPES - MEDITERRANEE 506 Avenue du Prado, CS 30002, 13272 Marseille 08			
Aix en Pce :	Tel: 04.42.33.97.72	Fax: 04.42.33.99.08	Gap :
Ajaccio :	Tel: 04.95.29.90.47	Fax: 04.95.29.94.28	Toulon :
Arles :	Tel: 04.90.49.29.50	Fax: 04.90.49.28.83	Saint Laurent :
Avignon :	Tel: 04.90.81.14.01	Fax: 04.90.87.53.20	MARSEILLE :
Bastia :	Tel: 04.95.59.11.73	Fax: 04.95.59.12.83	- Baïlle :
Cannes :	Tel: 04.93.94.82.35	Fax: 04.93.94.82.34	- Nord :
			- IPC :
			- Timone :
			Tel: 04.91.18.95.01
			Fax: 04.91.18.95.10
			Tel: 04.91.96.88.57
			Fax: 04.91.96.85.22
			Tel: 04.91.17.84.70
			Fax: 04.91.17.84.71
			Tel: 04.91.38.75.43
			Fax: 04.91.38.80.21
ALM/PSL/DEL/FO/105		Alpes Méditerranée	
		Version : 1	



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Service émetteur : HEMOVIGILANCE – AP-HM	PROCEDURE N° XX-2016
Délégation médicale de l'acte transfusionnel sur l'Hôpital de la Timone Adultes en l'absence de Médecin dans le service (Nuit, Week-end, Jours fériés)	
<u>Date de la diffusion</u> : 21/06/2016	<u>Rédigée par</u> : Dr Bernard LASSALE
<u>Version</u> : 2	<u>Vérifiée par</u> : Membres du C.S.T.H.
<u>Nombre de pages</u> : 3	<u>Approuvée par</u> : Dr LASSALE, pour le C.S.T.H.

I – OBJET DE LA PROCEDURE

Cette procédure, définit et organise la délégation médicale de l'acte transfusionnel, en l'absence de médecin dans le service, au sein de l'Hôpital de la Timone Adultes.

Elle précise :

- Les circonstances de l'aménagement de l'acte transfusionnel durant le week-end, les jours fériés et le service de nuit,
- L'organisation de la surveillance médicale pendant la période de transfusion,
- La transfusion en l'absence de médecin dans le service.

II – DOMAINE D'APPLICATION

Elle est applicable par les personnels médicaux prescripteurs, internes, et personnels de tous les services de la Timone Adultes.

III - GLOSSAIRE

C.S.T.H : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CCM : Comité Consultatif Médical

IV – DOCUMENTS DE REFERENCE

- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°03/582 du 15 décembre 2003, relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :

1



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

L'acte transfusionnel : "Il est réalisé par les médecins et, sur prescription médicale, par les sages-femmes ou le personnel infirmier et impose, lorsqu'il est délégué, une collaboration étroite et constante avec les médecins afin que ceux – ci puissent intervenir à tout moment ».

- Code de déontologie – continuité des soins

V – ORGANISATION DE L'ACTE TRANSFUSIONNEL

V-1. Circonstance de l'aménagement de l'acte :

L'organisation du service doit favoriser la Transfusion pendant la période diurne. Hormis l'urgence, la Transfusion de PSL de nuit doit être évitée.

V-2. Transfusion en l'absence de médecin présent physiquement dans le service :

V - 2 - 1 Avant de quitter le service, le praticien précise par écrit, dans le dossier médical, la délégation de l'acte.

V – 2 – 2 L'interne de garde de l'Hôpital qui se trouve au service d'accueil des urgences de la Timone 2 – (BMT) - poste **89829**, intervient dans l'éventualité de la survenue d'un effet indésirable transfusionnel (en moyenne 3 ‰ PSL transfusés).

V - 2 - 2 L'IDE du service réalise l'acte transfusionnel en prenant les constantes (Pouls, TA, Température) au début, pendant et en fin de transfusion. En cas d'effet indésirable, l'IDE arrête la Transfusion et appelle l'interne de garde de l'hôpital (cf coordonnées ci-dessus).

A l'issue de la Transfusion, l'IDE :

- Note la traçabilité de l'acte transfusionnel dans le dossier de soins du patient,
- Renseigne l'ensemble des items à compléter pour chacune des deux Fiches de Délivrance de Produits Sanguins Labiles,
- Classe un exemplaire de la Fiche de Délivrance dans le dossier Transfusionnel (pochette rouge),
- Transmet selon l'organisation du service, le second exemplaire de la Fiche de Délivrance à l'EFS Timone.

ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel

Timone I & 2



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

VI – GESTION DOCUMENTAIRE

VI -1. Diffusion du document

Ce document sera diffusé de manière contrôlée :

- Au président du CCM
- A chaque chef de service qui sera chargé de la diffusion à chaque membre du corps médical et en particulier, à chaque choix de nouveaux internes,
- A la direction des soins
- A l'encadrement supérieur de santé, aux cadres de santé, eux - mêmes en charge de transmettre l'information au personnel para médical

VI -2. Classement de la procédure

Ce document est archivé à l'Hémovigilance qui assurera sa mise à jour

Toute modification est soumise à la validation du Dr LASSALE, Président du C.S.T.H

VII– HISTORIQUE DE LA PROCEDURE

N° d'identification de la procédure	N° de version	Motif de la modification	Date de diffusion
N° 36-2010	1/2010	Procédure initiale	11/10/2010
N° xx-2016	2/2016	Numéro de téléphone des urgences - BMT	21-06-2016

ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel

Timone Enfants



Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Service émetteur : DIRECTION TIMONE	PROCEDURE N° 36-2010 Classement n°2.b.1
Procédure de délégation médicale de l'acte transfusionnel pour la Timone Enfants	
<u>Date de la diffusion :</u> <u>Version :</u> 2 <u>Nombre de pages :</u> 3	<u>Rédigée par :</u> Dr. Bernard LASSALE, pour le C.S.T.H. Mme. Karen INTHAVONG Directeur des Soins <u>Vérifiée par :</u> Membres du C.S.T.H. <u>Approuvée par :</u> Pr. MICHEL, pour le Bureau du C.C.M. enfants M. PINZELLI, pour le Groupe Hospitalier de la Timone

I – OBJET DE LA PROCEDURE

Cette procédure, définit et organise la délégation médicale de l'acte transfusionnel, en l'absence de médecin dans le service, au sein de l'Hôpital de la Timone Enfants.

Elle précise :

- Les circonstances de l'aménagement de l'acte transfusionnel durant le week-end, les jours fériés et le service de nuit,
- L'organisation de la surveillance médicale pendant la période de transfusion,
- La transfusion en l'absence de médecin dans le service.

II – DOMAINE D'APPLICATION

Elle est applicable par les personnels médicaux prescripteurs, internes, et personnels de tous les services de la Timone Enfants.

III – GLOSSAIRE

C.S.T.H : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CCM : Comité Consultatif Médical



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

IV – DOCUMENTS DE REFERENCE

- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°03/582 du 15 décembre 2003, relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :

L'acte transfusionnel : "Il est réalisé par les médecins et, sur prescription médicale, par les sages-femmes ou le personnel infirmier et impose, lorsqu'il est délégué, une collaboration étroite et constante avec les médecins afin que ceux – ci puissent intervenir à tout moment ».

- Code de déontologie – continuité des soins

V – CONTENU

5 - Contenu

5 - 1. Circonstance de l'aménagement de l'acte

L'organisation du service doit favoriser la Transfusion pendant la période diurne. Hormis l'urgence, la Transfusion de PSL de nuit doit être évitée.

5 – 2. Transfusion en l'absence de médecin présent physiquement dans le service

5 - 2 - 1 Avant de quitter le service, le praticien avertit l'interne de Garde du service des Urgences Pédiatriques et mentionne clairement par écrit (nom & coordonnées téléphoniques) auprès du personnel para médical qui va exécuter la transfusion.

5 – 2 – 2 Le médecin du service des Urgences ne prend pas la responsabilité de la prescription, il intervient dans l'éventualité de la survenue d'un effet indésirable transfusionnel (en moyenne 3 ‰ PSL transfusés).

5 – 2 – 3 L'IDE du service réalise l'acte transfusionnel en prenant les constantes (Pouls, TA, Température) au début de la transfusion, au décours de celle-ci et en fin de transfusion. L'IDE :

- Note la traçabilité de l'acte transfusionnel dans le dossier de soins du patient,
- Renseigne l'ensemble des items à compléter pour chacune des deux Fiches de Délivrance de Produits Sanguins Labiles,
- Classe un exemplaire de la Fiche de Délivrance dans le dossier Transfusionnel (pochette rouge),
- Transmet selon l'organisation du service, le second exemplaire de la Fiche de Délivrance à l'EFS Timone.

ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel

Timone Enfants



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

VI – GESTION DOCUMENTAIRE

6 – Gestion documentaire

6 -1 Diffusion du document

Ce document sera diffusé de manière contrôlée :

- Au président du CCM
- A chaque chef de service qui sera chargé de la diffusion à chaque membre du corps médical et en particulier, à chaque choix de nouveaux internes,
- A la direction des soins
- A l'encadrement supérieur de santé, aux cadres de santé, eux - mêmes en charge de transmettre l'information au personnel para médical

6 -2 Classement de la procédure

Ce document est archivé à la direction qui assurera sa mise à jour

Toute modification est soumise à la validation du Dr LASSALE, Président du C.S.T.H

VII – HISTORIQUE DE LA PROCEDURE

N° d'identification de la procédure	N° de version	Motif de la modification	Date de diffusion
N° 36-2010	1/2010	Procédure initiale	11/10/2010
N° 36-2010	2/2011		28/01/2011

ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel

Conception



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM Hôpital Conception	N°/ référence de la procédure
Délégation médicale de l'acte transfusionnel sur l'Hôpital de la Conception en l'absence de Médecin dans le service (Nuit, Week-end, Jours fériés)	
Page	
1	
Diffusion de la procédure : 20 mai 2016	Rédigé par : Bernard LASSALE
Version 2	Vérifié par :
Nombre de pages : 3	Mr le Pr Jacques Albanese

1 – Objet de la procédure

Cette procédure, définit et organise la délégation médicale de l'acte transfusionnel, en l'absence de médecin dans le service, au sein de l'Hôpital de la Conception.

Elle précise :

- Les circonstances de l'aménagement de l'acte transfusionnel durant le week-end, les jours fériés et le service de nuit,
- L'organisation de la surveillance médicale pendant la période de transfusion,
- La transfusion en l'absence de médecin dans le service.

2 - Domaine d'application

Elle est applicable par les personnels médicaux prescripteurs, internes, et personnels de tous les services de l'Hôpital de la Conception.

3 - Glossaire

C.S.T.H : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CME Locale

4 - Documents de référence

- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°03/582 du 15 décembre 2003, relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :

L'acte transfusionnel : "Il est réalisé par les médecins et, sur prescription médicale, par les sages-femmes ou le personnel infirmier et impose, lorsqu'il est délégué, une collaboration étroite et constante avec les médecins afin que ceux – ci puissent intervenir à tout moment ».

- Code de déontologie – continuité des soins



ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel

Conception



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM Hôpital Conception	N°/ référence de la procédure
Délégation médicale de l'acte transfusionnel sur l'Hôpital de la Conception en l'absence de Médecin dans le service (Nuit, Week-end, Jours fériés)	Page 2

5 - Contenu

5 - 1. Circonstance de l'aménagement de l'acte

L'organisation du service doit favoriser la Transfusion pendant la période diurne. Hormis l'urgence, la Transfusion de PSL de nuit doit être évitée. Néanmoins les contraintes du quotidien ne permettent pas toujours un respect absolu de ces recommandations sécuritaires.

5 - 2. Transfusion en l'absence de médecin présent physiquement dans le service

5 - 2 - 1 Quand la transfusion est prescrite en unité de soins, avant de quitter le service, le praticien mentionne clairement par écrit dans le dossier de soins le nom & les coordonnées téléphoniques du médecin de garde qui assurera la délégation médicale de l'acte transfusionnel, auprès du personnel para médical qui exécutera la transfusion.

Interne de garde de médecine	82 007	Tous les jours en semaine à partir de 18h30 jusqu'à 8h30 et jusqu'au samedi 8h30. Les Week-Ends : Samedi de 12h30 jusqu'au Dimanche 8h30 Dimanche de 8h30 jusqu'au lundi 8h30
-------------------------------------	---------------	--

5 - 2 - 2 L'IDE du service doit se référer au médecin désigné pour la prise en charge et la surveillance de l'acte transfusionnel. L'IDE assurera la prise des constantes (Pouls, TA, Température) au début de la transfusion, au décours de celle-ci et en fin de transfusion. L'IDE :

- Note la traçabilité de l'acte transfusionnel dans le dossier de soins du patient,
- Renseigne l'ensemble des items à compléter pour chacune des deux Fiches de Délivrance de Produits Sanguins Labiles,
- Classe un exemplaire de la Fiche de Délivrance dans le dossier Transfusionnel (pochette rouge),
- Transmet selon l'organisation du service, le second exemplaire de la Fiche de Délivrance à l'EFS Conception.

5 - 2 - 3 En cas d'évènement indésirable grave pouvant engager le pronostic vital du patient l'IDE en charge de la transfusion appliquera la procédure d'appel d'urgence vitale intra hospitalière (appel n° 60).

ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel

Conception



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM Hôpital Conception	N°/ référence de la procédure	Page
Délégation médicale de l'acte transfusionnel sur l'Hôpital de la Conception en l'absence de Médecin dans le service (Nuit, Week-end, Jours fériés)		3

6 – Gestion documentaire

6 -1 Diffusion du document

Ce document sera diffusé de manière contrôlée :

- Au président de la CME Locale
- A chaque chef de service qui sera chargé de la diffusion à chaque membre du corps médical et en particulier, à chaque choix de nouveaux internes,
- A la direction des soins
- A l'encadrement supérieur de santé, aux cadres de santé, eux - mêmes en charge de transmettre l'information au personnel para médical

6 -2 Classement de la procédure

Ce document est archivé à la direction qui assurera sa mise à jour

Toute modification est soumise à la validation du Dr LASSALE, Président du C.S.T.H

ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel

Hôpitaux Sud



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP- HM / HOPITAUX-SUD DIRECTION	HS/DIR/PROC/ 01- 2010
DELEGATION MEDICALE DE L'ACTE TRANSFUSIONNEL SUR LES HOPITAUX SUD EN L'ABSENCE DE MEDECIN DANS LE SERVICE (Nuit - Week-end - Jours fériés)	
Date de la diffusion : 15/11/2010 Version : 1 Nombre de pages : 4	Rédigé par : Dr Bernard LASSALE Vérifié par : M.POUGET, Responsable Qualité - Gestion des Risques et M.MOYA, Cellule d'Hémovigilance Approuvé par : Pr P. VILLANI, Président du CCM MME L. MILLIAT, Directrice des Hôpitaux Sud MME F.BORETTI – PICCHI, Directrice des Soins

1 – Objet de la procédure

Cette procédure, définit et organise la délégation médicale de l'acte transfusionnel, en l'absence de médecin dans le service, au sein des Hôpitaux Sud.

Elle précise :

- Les circonstances de l'aménagement de l'acte transfusionnel durant le week-end, les jours fériés et le service de nuit,
- L'organisation de la surveillance médicale pendant la période de transfusion,
- La transfusion en l'absence de médecin dans le service.

2 - Domaine d'application

Elle est applicable par les personnels médicaux prescripteurs, internes, et personnels de tous les services des Hôpitaux sud.

3 - Glossaire

C.S.T.H : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CCM : Comité Consultatif Médical

4 - Documents de référence

- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°03/582 du 15 décembre 2003, relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**

L'acte transfusionnel : "Il est réalisé par les médecins et, sur prescription médicale, par les sages-femmes ou le personnel infirmier et impose, lorsqu'il est délégué, une collaboration étroite et constante avec les médecins afin que ceux – ci puissent intervenir à tout moment ».

- Code de déontologie – continuité des soins

5 - Contenu

5 - 1. Circonstance de l'aménagement de l'acte

L'organisation du service doit favoriser la Transfusion pendant la période diurne. Hormis l'urgence, la Transfusion de PSL de nuit doit être évitée.

Néanmoins les contraintes du quotidien ne permettent pas toujours un respect absolu de ces recommandations sécuritaires.

5 – 2. La prise en charge médicale

Lorsque le médecin prescripteur de la Transfusion termine son service, il lui appartient de s'assurer qu'un confrère, présent dans les murs de l'établissement, accepte de reprendre la surveillance médicale de la Transfusion.

5 – 3. Transfusion en l'absence de médecin présent physiquement dans le service

5 - 3 - 1 Avant de quitter le service, le praticien avertit l'interne de Garde de l'Hôpital en lui donnant l'indication de la Transfusion et la pathologie du patient.

5 - 3 - 2 L'interne de garde de l'Hôpital doit pouvoir intervenir dans l'éventualité de la survenue d'un effet indésirable transfusionnel (en moyenne 3 ‰ PSL transfusés).

5 - 3 - 3 L'IDE du service réalise l'acte transfusionnel en prenant les constantes (Pouls, TA, Température) au début, pendant et en fin de transfusion. En cas d'effet indésirable, l'IDE appelle l'interne de garde de l'hôpital.

A l'issue de la Transfusion, l'IDE :

- Note la traçabilité de l'acte transfusionnel dans le dossier de soins du patient,
- Renseigne l'ensemble des items à compléter pour chacune des deux Fiches de Délivrance de Produits Sanguins Labiles,
- Classe un exemplaire de la Fiche de Délivrance dans le dossier Transfusionnel (pochette rouge),
- Transmet selon l'organisation du service, le second exemplaire de la Fiche de Délivrance à l'EFS Sud.



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

6 – Gestion documentaire

6 -1 Diffusion du document

Ce document sera diffusé de manière contrôlée :

- Au président du CCM
- A chaque chef de service qui sera chargé de la diffusion à chaque membre du corps médical et en particulier, à chaque choix de nouveaux internes,
- A la direction des soins
- A l'encadrement supérieur de santé, aux cadres de santé, eux - mêmes en charge de transmettre l'information au personnel para médical

6 - 2 Classement de la procédure

Ce document est archivé à la direction qui assurera sa mise à jour

Toute modification est soumise à la validation du Dr LASSALE, Président du C.S.T.H

6 - 3 Historique de la procédure

N° d'identification de la procédure	N° de version	Motif de la modification	Date de la diffusion
HS/DIR/PROC/ 01-2010	1	Délégation médicale de l'acte Transfusionnel en l'absence de médecin dans le service, dans le cadre de la restructuration des Hôpitaux Sud.	15 /11/10



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM hôpital Nord Direction	N°/ référence de la procédure PR/HN/MEDI/V02/2013
Délégation médicale de l'acte transfusionnel sur l'Hôpital Nord en l'absence de Médecin dans le service (Nuit, Week-end, Jours fériés)	
Date de diffusion: décembre 2013 Version 2 Nombre de pages : 3	Modifiée par : N. FALZOI , Cadre de santé – Direction des soins Vérifiée par : <ul style="list-style-type: none">• Dr P. JEAN, Médecin chef des urgences• Dr. E. RAGNI / GHAZAROSSIAN, Coordonnateur du CQ3S• Dr B. LASSALE, Président du CSTH Approuvée par : <ul style="list-style-type: none">• Pr. D. ROSSI, Président de la CMEL,• G. HALIMI, Directeur de l'hôpital Nord,• C. RIBIERE, Directeur des soins

1 – Objet de la procédure

Cette procédure, définit et organise la délégation médicale de l'acte transfusionnel, en l'absence de médecin dans le service, au sein de l'Hôpital Nord.

Elle précise :

- Les circonstances de l'aménagement de l'acte transfusionnel durant le week-end, les jours fériés et le service de nuit,
- L'organisation de la surveillance médicale pendant la période de transfusion,
- La transfusion en l'absence de médecin dans le service.

2 - Domaine d'application

Elle est applicable par les personnels médicaux prescripteurs, internes, et personnels de tous les services de l'Hôpital Nord.

3 - Glossaire

CQ3S : Comité Qualité et Sécurité des Soins de Site

C.S.T.H : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

CMEL : Commission Médicale d'Établissement Locale

4 - Documents de référence

- Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°03/582 du 15 décembre 2003, relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.
L'acte transfusionnel : "Il est réalisé par les médecins et, sur prescription médicale, par les sages-femmes ou le personnel infirmier et impose, lorsqu'il est délégué, une collaboration étroite et constante avec les médecins afin que ceux – ci puissent intervenir à tout moment ».
- Code de déontologie – continuité des soins



5 - Contenu

5 - 1. Circonstance de l'aménagement de l'acte

L'organisation du service doit favoriser la Transfusion pendant la période diurne. Hormis l'urgence, la Transfusion de PSL de nuit doit être évitée. Néanmoins les contraintes du quotidien ne permettent pas toujours un respect absolu de ces recommandations sécuritaires.

5 - 2. Transfusion en l'absence de médecin présent physiquement dans le service

5 - 2 - 1 - Prescription faite en unité de soins :

Lorsque la prescription d'acte transfusionnel est faite en unité de soins, le suivi médical est assuré par **l'interne de garde hôpital : ☎ 65050.**

📌 Avant de quitter le service, le praticien du service :

- assure les transmissions relatives au patient
- mentionne clairement par écrit dans le dossier patient le nom du médecin avec qui il a pris contact et qui assurera la délégation médicale de l'acte transfusionnel.

5 - 2 - 2 - Prescription faite aux urgences :

Lorsque la prescription d'acte transfusionnel est faite aux urgences, le suivi médical est assuré par **le prescripteur.**

📌 La réception des poches par les urgences avant transfert du patient implique la réalisation de l'acte transfusionnel aux urgences. En aucun cas le patient ne doit être transféré en unité accompagné des poches à transfuser.

📌 Si la transfusion doit être poursuivie une fois le patient admis en unité et après commande de nouvelles poches, celles-ci seront transfusées dans l'unité. Le suivi médical sera alors assuré par l'interne de garde hôpital.

5 - 2 - 3 - Exécution de la prescription par l'IDE :

L'IDE du service ne réalise l'acte transfusionnel qu'après avoir vérifié la disponibilité du médecin à qui l'acte transfusionnel a été délégué.

L'IDE assure la surveillance de l'acte transfusionnel, en prenant les constantes (Pouls, TA, Température) au début de la transfusion, au décours de celle-ci et en fin de transfusion.

L'IDE :

- Note la traçabilité de l'acte transfusionnel dans le dossier de soins du patient,
- Renseigne l'ensemble des items à compléter pour chacune des deux Fiches de Délivrance de Produits Sanguins Labiles,
- Classe un exemplaire de la Fiche de Délivrance dans le dossier Transfusionnel (pochette rouge),
- Transmet selon l'organisation du service, le second exemplaire de la Fiche de Délivrance à l'EFS Nord.

ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel

Nord

6 – Gestion documentaire

6 -1 Diffusion du document

Ce document sera diffusé de manière contrôlée :

- Au président de la CMEL
- A chaque chef de service qui sera chargé de la diffusion à chaque membre du corps médical et en particulier, à chaque choix de nouveaux internes,
- A la Direction des soins
- A l'encadrement supérieur de santé, aux cadres de santé, eux - mêmes en charge de transmettre l'information au personnel para médical

6 -2 Classement de la procédure

Ce document est archivé à la Direction qui assurera sa mise à jour, une copie est archivée par le président du CSTH.

Toute modification est soumise à la validation du Dr LASSALE, Président du C.S.T.H

6 -3 Historique de la procédure

N° d'identification de la Procédure	N° de Version	Motif de la Modification	Date de Diffusion
PR/HN/MEDI/Y01/2011	1	Procédure initiale	Juin 2011
PR/HN/MEDI/Y02/2013	2	Modification du suivi médical	Décembre 2013

ANNEXE 06 - Prescription d'Examens d'Immuno-Hématologie



PRESCRIPTION D'EXAMENS D'IMMUNO-HEMATOLOGIE

PRESCRIPTEUR

Nom (majuscule) :

Signature (obligatoire) :

Date de prescription : | | | | | | | |

Renseignements cliniques et biologiques :

ETABLISSEMENT DE SANTE

Identification :

Service / UF :

Tel direct :

PATIENT

Sexe : F M

Nom de naissance :

Nom Marital :

Prénom :

Né(e) le :

(Etiquette patient)

Antécédents : Transfusion OUI NON

Grossesse OUI NON

TRT anti-CD38 (daratumumab) OUI autre

PRELEVEUR

Nom (majuscule) :

Prénom :

Qualité :

Signature (obligatoire) :

Date du prélèvement : | | | | | | | |

Heure de prélèvement : | | | H | | |

TRANSFUSION ENVISAGEE

SI URGENCE VITALE : CONTACT TELEPHONIQUE INDISPENSABLE

OUI NON

Date: | | | | | | | |

Heure: | | | H | | |

☐ Dérogation médicale: RAI de validité prolongée à 21j (absence d'allo immunisation, de transfusion, de grossesse ou de greffe depuis 6mois). Identité du Prescripteur de PSL à renseigner :

EXAMENS PRESCRITS

Groupe ABO-RH1

Phénotype RH-KEL1

Recherche d'Anticorps Irréguliers

Test Direct à l'Antiglobuline (TDA)

Bilan pré-injection d'Ig anti- RH1

Bilan post-injection d'Ig anti- RH1 :

⇒ Date injection Ig anti- RH1 | | | | | | | |

⇒ Dose reçue :

Bilan d'anémie hémolytique auto-immune

⇒ Contexte clinique

Titrage des anticorps anti A et anti B

Bilan d'incident transfusionnel

Autre (préciser) :

TUBES NECESSAIRES A LA REALISATION DES EXAMENS :

Nombre de tube prélevés : | | |

Sur chaque tube indiquer :

Nom de naissance

Nom marital

Prénom

Date de naissance

Sexe

Date et heure de prélèvement

Types d'analyses	Nb de tubes EDTA
ABO-RH1 et RH-KEL1	1
RAI chez l'adulte	2 (1 toléré)
ABO-RH1+ RH-KEL1 + RAI	2 (1 toléré)
Test Direct à l'Antiglobuline (TDA)	1
Identification+ titrage d'allo-anticorps (+/-dosage pondéral)	2
Bilan en vue d'injection de gammaglobuline anti-RH1	2
Suivi d'efficacité post-injection de gammaglobuline anti-RH1	2
Bilan d'exploration de conflit transfusionnel	2
Bilan Anémie Hémolytique Auto-immune (AHA/BAF)	2 + (2 tubes secs)

Siège EFS Provence Alpes Côte d'Azur et Corse - 506 Avenue du Prado, CS 30002, 13272 Marseille Cedex 08

Aix en Pce : Tel : 04.42.33.97.72 Fax : 04.42.33.99.08	Gap : Tel : 04.92.40.67.24 Fax : 04.92.40.67.21
Ajaccio : Tel : 04.95.29.90.47 Fax : 04.95.29.94.28	Toulon : Tel : 04.98.08.08.70 Fax : 04.94.36.23.46
Arles : Tel : 04.90.49.29.50 Fax : 04.90.49.28.83	Saint Laurent : Tel : 04.92.27.52.47 Fax : 04.92.27.52.81
Avignon : Tel : 04.90.81.14.04 Fax : 04.90.87.53.20	MARSEILLE : - Baïlle : Tel : 04.91.18.95.83 Fax : 04.91.18.95.91
Bastia : Tel : 04.95.59.11.73 Fax : 04.95.59.12.83	- Nord : Tel : 04.91.96.49.01 Fax : 04.91.96.85.22
Cannes : Tel : 04.93.94.82.35 Fax : 04.93.94.82.34	- IPC : Tel : 04.91.17.84.70 Fax : 04.91.17.84.71
	- Timone : Tel : 04.91.38.75.43 Fax : 04.91.38.80.21

ALM/PSL/DEL/FO/100 version : 12

ANNEXE 07 - Pochette de transport

PSL DEL FO 102 D 13

INSERER LES TUBES ÉCHANTILLONS



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALPES - MÉDITERRANÉE

Tubes échantillons nécessaires à la réalisation des examens Immuno-hématologiques

Sur chaque échantillon indiquer :

- Nom de naissance ou de famille
- Nom marital ou usuel
- Prénom(s)
- Date de naissance
- Sexe
- Si besoin : 1^{ère} ou 2^{ème} détermination/RAI

Types d'analyses	Nombre de tubes sur anticoagulant EDTA
ABO-RH1 et RH-KEL1 chez l'adulte	1
RAI chez l'adulte	2 (1 toléré)
ABO-RH1 + RH-KEL1 + RAI chez l'adulte	2
ABO-RH1 + RH-KEL1 + RAI chez le nouveau né	1
Test Direct à l'Antiglobuline (TDA)	1
Identification + titrage d'allo-anticorps (+/- dosage pondéral)	2
Bilan en vue d'injection de gammaglobuline anti-RH1 (ABO-RH1 + RH-KEL1 + RAI +/- Kleihauer)	2
Suivi d'efficacité post-injection de gammaglobuline anti-RH1 (Kleihauer +/- RAI)	2
Bilan d'exploration de conflit transfusionnel	2
Bilan Anémie Hémolytique Auto-immune (AHA/BAF) : TDA + élution + RAI-Dépistage +/- titrage d'anticorps froid + Recherche d'activité hémolytante	2 + (2 tubes secs)

UTILISER 1 SACHET PAR PATIENT ET PAR DÉTERMINATION

DÉLAI DE RÉALISATION

- Urgence Vitale Immédiate (délivrance sans délai)
- Urgence Vitale (délai délivrance < 30 minutes)
- Urgence relative (délai délivrance 2 à 3 heures)
- Non urgent (délai délivrance 5 à 6 heures)

Ces délais ne tiennent pas compte du temps de transport

Étiquette patient

Veillez horodater ce coupon à votre arrivée

INSERER LES PRESCRIPTIONS

RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES

POUR TOUTE DEMANDE

- Identité du patient :
 - Nom de naissance ou nom de famille
 - nom marital ou nom usuel
 - prénom
 - date de naissance
 - sexe
- Identification de l'E.S. et du service (N° de téléphone direct)
- Identité et signature du prescripteur (lisible)
- Date et heure souhaitées pour la délivrance
- Renseignements cliniques éventuels

POUR UNE DEMANDE D'EXAMENS I.H.

- Date et heure du prélèvement
- Identité, qualité et signature du préleveur

POUR UNE DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

- Nature et quantité
- Type de commande : ferme ou réserve à l'E.F.S.
- Mention autologue (si nécessaire)
- Renseignements cliniques et/ou biologiques

EXAMENS IMMUNO-HEMATOLOGIQUES ET RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES A L'ATTRIBUTION DE PSL

- **Concentrés de globules rouges :**
 - groupe ABO RH1, Phénotype RHK : 2 déterminations
 - RAI de moins de 72 heures (sur dérogation : 21 jours)
- **Concentrés de plaquettes :**
 - groupe ABO RH1, Phénotype RHK : 2 déterminations
 - poids et numération plaquettaire datée du patient
- **Plasma :**
 - groupe ABO RH1, Phénotype RHK : 2 déterminations
 - indication de la transfusion

ANNEXE 08 - Fiche de transport

FICHE DE TRANSPORT Transfusion - Produits Sanguins Labiles

A conserver par l'E.F.S. : page blanche
A conserver par l'E.S. : page rose
A conserver par le transporteur : page jaune

Expéditeur

EFS Alpes Méditerranée
149 bd Baille 13005 Marseille, Tel : 04 91 18 95 00
Site de :

Destinataire

Établissement de santé :

Patients (ou approvisionnement de dépôt) :

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

Produits :

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

Délivrance :

oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non
oui non

Enlèvement

Date : / /
Heure : /
Personnel EFS (nom, signature)
Personnel Transport (nom, signature)

Livraison

Date : / /
Heure : /
Transport conforme : oui non
Réserves :
Personnel ES (nom, signature)

Urgence Vitale : livraison immédiate des produits
impérative

FIC DIS 035 B 07 - recto

ANNEXE 09 - Fiche de Délivrance

Déjà délivré le : 26/10/2012 11:19
 Délivré par : EFA1
 Edité le : 26/10/2012 11:20

FICHE DE DELIVRANCE
 EFS Alpes-Méditerranée Site de Marseille
 149, Bd BAILLE
 13392 MARSEILLE CEDEX 5 Téléphone : 04 91 18 95 00


 57580692

Page n° 1 / 1

Fiche de délivrance

Identification patient

Etablissement de santé :



7021

(MARSEILLE)

Prescripteur :

N° ordonnance :

N° de patient ES :

Nom de naissance :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Sexe :

N° patient EFS :



Données immuno-hématologiques - consignes transfusionnelles

ABO D : O- 25/10/2012 Phénotype : D- C- E- c+ e+ K-
 O- 25/10/2012 RH:-1 ,-2 ,-3 ,4 ,5 KEL:-1

Dernière RAI le 24/10/2012 : RAI Négative







Anticorps Irréguliers :

Consignes transfusionnelles :

Protocoles transfusionnels :

Patient > 70 ans

Commentaire de distribution :

Produit	Numéro/lot	Groupe / Phénotype	Qualification
 04171 CGR Déleuc SAGM UA	 73121981237	 O- D- C- E- c+ e+ K- RH:-1 ,-2 ,-3 ,4 ,5 KEL:-1	Carte ctrl prétransfu.
 04171 CGR Déleuc SAGM UA	 73122070320	 O- D- C- E- c+ e+ K- RH:-1 ,-2 ,-3 ,4 ,5 KEL:-1	Carte ctrl prétransfu.

Nombre total de produits délivrés :

Réception : Par : Date : Heure :

Contrôle à réception conforme : oui non Tout produit sanguin labile doit être transfusé immédiatement à réception (plasma, plaq.),
 ou au plus tard dans les 6 heures (CG)

Traçabilité PSL

Le contrôle ultime en présence du malade est obligatoire avant la transfusion :

(1) contrôle ultime de concordance des documents pour tous les produits sanguins labiles

(2) contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les autologues

Produit Coller la vignette et vérifier le numéro de produit	Contrôle concordance documents (1)	Test de compatibilité ABO (2)	Transfusion réalisée par Nom - Qualité	Transfusion date et heure	Identité Patient et/ou Commentaires (3)
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		__/__/__ __:__	
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		__/__/__ __:__	
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		__/__/__ __:__	

(3) Produit détruit par l'ES : date et cause de destruction (Compléter la partie traçabilité en zone "commentaires")

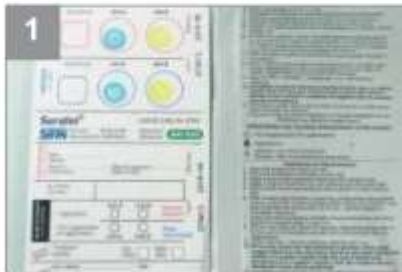
Produit retourné à l'EFS : date et motif de retour (Compléter la partie traçabilité en zone "commentaires")

Effet indésirable receveur : le noter et prévenir le correspondant d'hémovigilance de l'ES ou l'EFS

ANNEXE 10 - Mode opératoire Carte de Contrôle Ultime

SERAFOL/SERAPACK Contrôle ultime au lit du malade.

Protocole Simplifié



1
Sortir la carte SERAFOL de son emballage.



2
Compléter soigneusement les différentes rubriques de la carte ou coller les étiquettes patient et culot sur la carte.

Receveur



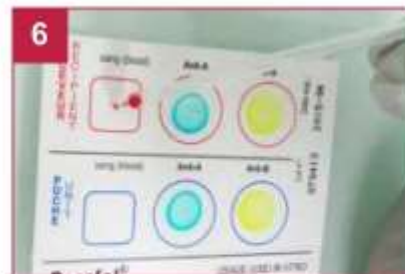
3
Oter l'embout en le tournant rapidement d'1/4 de tour et le jeter.



4
Poser le pique-doigt sur le côté du doigt en évitant la pince et déclencher la lancette.



5
Prélever une goutte de sang à l'aide d'une pipette (pipette facultative.)



6
Déposer la goutte dans le carré rouge "receveur".

Poche



7
Poser le perce-tubulure sur la carte, appuyer sur la tubulure et déposer une goutte dans le carré bleu "poche".

BIO-RAD

ANNEXE 10 - Mode opératoire Carte de Contrôle Ultime



Commencer par ajouter une goutte de sérum physiologique sur les 4 cercles réactionnels.

Receveur



A l'aide de la spatule de la 1ère pipette, transférer une goutte de sang du carré **receveur** sur le champ réactionnel anti-A du **receveur**. Puis à l'aide de la spatule de la seconde pipette, transférer une goutte de sang du carré **receveur** sur le champ réactionnel anti-B du **receveur**.

Poche



A l'aide de la spatule de la 3ème pipette, transférer une goutte de sang du carré **poche** sur le champ réactionnel anti-A du donneur. Puis à l'aide de la spatule de la 4ème pipette, transférer une goutte de sang du carré **poche** sur le champ réactionnel anti-B du donneur.



« Chalouper » la carte quelques secondes.



Reporter les résultats + ou -.
Interpréter en se reportant au tableau situé sur l'emballage aluminium.



Une fois sec, apposer le film protecteur sur la partie réactionnelle.
Garder 2H minimum après transfusion.



Détacher la partie réactionnelle et conserver la partie basse dans le dossier transfusionnel (facultatif.)

BIO-RAD

Bio-Rad
Laboratories

Lire attentivement les instructions figurant sur la notice du réactif

Pour plus d'informations, veuillez contacter votre représentant local Bio-Rad ou visiter notre site : www.bio-rad.com/diagnostics

ANNEXE II - Fiche de surveillance transfusionnelle



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
REF. MSF102

FICHE DE SURVEILLANCE TRANSFUSIONNELLE

UNE FICHE PAR DÉLIVRANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES (P.S.L.)

ETIQUETTE
PATIENT

Hôpital : Nord Conception Timone Ad. Timone Enf. Sud

Réception P.S.L. (date et heure) :

Unité de soins : UF :

..... à h.

Type de P.S.L. Concentrés de globules rouges ou plasma ou plaquettes.	①	②	③
Étiquette P.S.L.			
Personne qui réalise l'acte Nom et Fonction			

VERIFIER dès réception de la commande

La commande :

CONFORME

- 1 Concordance entre ordonnance et livraison (type et nombre de P.S.L. et identité du receveur)
- 1 Aspect, intégrité et péremption du ou des P.S.L.
- 1 Concordance entre Fiche de Délivrance (F.D.) et P.S.L. (n° de P.S.L. et identité du receveur)
- ⇒ Si non conformité de la commande : appeler l'EFS et noter les consignes de l'EFS

La transfusion est réalisée à température ambiante (Ne jamais mettre les poches au réfrigérateur)

CONTROLER au lit du patient

Contrôle d'identité pour tout type de PSL

- 1 Identité du receveur (nom, prénom, date de naissance)
- 1 Concordance F.D. / n° P.S.L.

PSL

1 2 3

Le contrôle de compatibilité uniquement pour les C.G.R. :

- 1 Après vérification de la date de péremption de la carte le transfuseur réalise le contrôle ultime au lit du patient
- 1 Les réactions sont compatibles entre receveur et donneur ⇒ **JE TRANSFUSE**
- 1 Les réactions ne sont pas compatibles ou vous avez un doute ⇒ .. **JE NE TRANSFUSE PAS**

Dans ce dernier cas, appel du Médecin .

Nom du Médecin appelé :

Heure d'appel :

Décisions prises :

La carte de contrôle ultime, le transfuseur et le P.S.L. sont gardés 02h.00 après la transfusion puis jetés

ANNEXE II - Fiche de surveillance transfusionnelle



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

MSF 102

FICHE DE SURVEILLANCE TRANSFUSIONNELLE

UNE FICHE PAR DÉLIVRANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES (P.S.L.)

ETIQUETTE
PATIENT

REALISER la transfusion & SURVEILLER le receveur pour tout type de PSL

*Il est fortement déconseillé de perfuser un autre produit en même temps (Transfusion en Y à proscrire)
En cas d'impossibilité de VVP, autres voies d'abord possibles portacath, picc line, VVC (attention au débit trop rapide)
La personne qui réalise l'acte doit rester les 15 premières minutes auprès du receveur*

Type de P.S.L. ①	Heure	Pouls	T.A.	T°	Sa O2	Freq. Respiratoire	Observations
Début de la transfusion	H						
à 15 mn	H						
à mn	H						
Fin de la transfusion	H						
Type de P.S.L. ②	Heure	Pouls	T.A.	T°	Sa O2	Freq. Respiratoire	Observations
Début de la transfusion	H						
à 15 mn	H						
à mn	H						
Fin de la transfusion	H						
Type de P.S.L. ③	Heure	Pouls	T.A.	T°	Sa O2	Freq. Respiratoire	Observations
Début de la transfusion	H						
à 15 mn	H						
à mn	H						
Fin de la transfusion	H						

GERER un Effet Indésirable RECEVEUR (E.I.R.)

1 P.S.L. NON TRANSFUSES
pourquoi ?

PSL
1 2 3

Si Effet Indésirable au cours ou au décours de la transfusion :

- 1 Arrêt de la transfusion (Garder la voie veineuse)
- 1 Prendre les constantes et prévenir le médecin
- 1 Prévenir le médecin
- 1 Prévenir l'E.F.S. de site et faire redescendre la poche à l'E.F.S.
- 1 Prévenir le correspondant d'Hémovigilance (répondeur: 44331)
- 1 Remplir la fiche de déclaration d'Incident Transfusionnel dans Blue Medi

PSL
1 2 3

N.B. : Cette fiche doit être conservée dans le dossier de soins du patient.

AP-HM - Coordination générale des soins - Hémovigilance - Juin 2016 - Version 4

Effet Indésirable Receveur (EIR) transfusionnel

A valider / compléter suivant les procédures locales

CONFIRMER / OBSERVER

Au décours immédiat ou dans les heures qui suivent la transfusion, au moins un des éléments ci-dessous (liste non exhaustive) :

- Fièvre (au moins 38°C avec > 1°C / température pré-transfusionnelle), +/- frissons
- Tachycardie (≥ 120 ou augmentation de 40 / FC pré-transfusionnelle)
- Urticaire, prurit, érythème, toux, sibilances, œdème de Quincke
- Dyspnée, Œdème Aigu Pulmonaire (OAP)
- élévation PA ou baisse PA (+/- 3 points / PA pré-transfusionnelle)
- Douleurs, nausées, vomissements, diarrhée
- Signes d'hémolyse (notamment douleurs lombaires, saignements, hématome plaie opératoire, ictère, urines foncées)

INITIER / SIGNALER

- Arrêter immédiatement la transfusion (double nœud sur la tubulure), conserver la poche
- Maintenir la voie veineuse (sérum salé iso)
- Appeler le médecin,
- Surveiller le patient (PA, FC, T°C, SAO2...)
- Prévenir EFS : tel
- Selon procédure interne gestion EIR envoyer : poches vides et/ou en cours des produits sanguins labiles (PSL), bilan post-transfusionnel, fiches de délivrance complétées +/- fiche de signalement, cartes de contrôle ultime
- Signaler à l'Hémovigilance : tel

RE-VERIFIER

les concordances patient / documents / PSL

- Identité du patient et documents
- Groupe patient/ PSL
- Numéro PSL

EN FONCTION DE L'ORIENTATION ETIOLOGIQUE URGENCE

PRESCRIRE / REALISER les examens complémentaires de première intention

Fièvre, frissons, douleurs lombaires, hypoPA

- Groupage, RAI, tests directs à l'antiglobuline => 1 tube EDTA
- Hémocultures patient
- Mise en culture des PSL (poches vides et en cours) de cet "épisode" transfusionnel par laboratoire référent
- +/- Ac anti-HLA

Réaction allergique grave (≥ grade II, classification Ring et Messmer = 2 organes atteints)

- Histamine à < 30mn
- Tryptase à 30 mn - 2h et à 24h
- +/- IgA

OAP

- BNP ou NTproBNP, gazométrie
- Radio pulmonaire, ECG, échocardiographie
- Suspicion de TRALI : enquête immunologique (voir EFS)

Hémolyse

- NFS, haptoglobine, Hb libre, bilirubine
- Groupe receveur et PSL, RAI, test direct à l'antiglobuline

TRAITER

Fièvre

- Réaction fébrile non hémolytique (diagnostic d'exclusion, régresse en quelques heures) : paracétamol ou abstention
- Contamination bactérienne (surtout plaquettes) : Traitement de support et antibiothérapie (anti BG- et anti SA)
- Hémolyse: remplissage par solutés cristalloïdes, maintenir PA et diurèse, monitoring hyperkaliémie, traitement CIVD

Réaction allergique

- Réaction mineure : antihistaminiques, corticostéroïdes
- Anaphylaxie : adrénaline

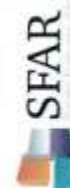
OAP

- O2, PEC ventilatoire, diurétiques, nitrés, +/- inotropes+
- OAP de surcharge = TACO (Transfusion Associated Circulatory Overload) : efficacité des diurétiques
- OAP lésionnel = TRALI (Transfusion-Related Acute Lung Injury) : absence de bénéfice des diurétiques

Références:

Fiches techniques des Effets Indésirables receveurs www.ansm.sante.fr; Ozier Y, & al, Œdèmes aigus pulmonaires de surcharge post-transfusionnels, *Transfus Clin Biol* 2012;19:263-69; Ozier Y, Mertes PM, Traïf et Toco : diagnostic et prise en charge clinique des patients, *Transfus Clin Biol* 2009;16:152-58; Nguyen L, Ozier Y. Risques transfusionnels, *Réanim* 2008;17:326-38; http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hemovigilance_et_securite_transfusionnelle_incidents_accidents.pdf

Réalisée en 2017 par le CAMR, validé par la SFVTT



ANNEXE 13 - Ordonnance de contrôle post-transfusionnel



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Ordonnance

Contrôle post-transfusionnel

SERVICE :

HOPITAL :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

ETIQUETTE PATIENT

Marseille le / / .

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le cadre du suivi post-transfusionnel, pratiquer 4 à 6 semaines après la dernière transfusion de Concentrés de Globules Rouges, une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) dont les résultats seront à transmettre au service.

Signature du médecin.

ANNEXE 14 - Lettre d'information récapitulant les transfusions de PSL durant l'hospitalisation



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Lettre d'information récapitulant les transfusions de Produits Sanguins Labiles (PSL) réalisées lors de votre hospitalisation

SERVICE :

HOPITAL :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

ETIQUETTE PATIENT

Marseille le / / .

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Au cours de votre hospitalisation, votre état clinique a justifié une transfusion sanguine. Vous avez reçu à cette occasion :

- Concentrés de Globules Rouges (CGR) ;
- Plasmas Frais Congelés ;
- Concentrés de Plaquettes (CP).

Si dans l'avenir, un problème survenait, potentiellement imputable à la transfusion sanguine, vous pourrez prendre contact avec votre médecin traitant ou le médecin hospitalier qui vous a pris en charge durant votre séjour dont le nom est rappelé en entête du présent courrier.

Signature du médecin.

ANNEXE 15-pI Cas particulier de l'utilisation d'un bilan IH



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM	N°/ référence de la procédure
Utilisation des bilans d'immuno-hématologie receveur (IHR) pour les patients transférés au sein de l'AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM	Page 1 sur 7

Diffusion de la procédure : Septembre 2018 Version 5 Nombre de pages : 7	Rédigé par : B.LASSALE M.MOYA-MACCHI Vérfié par : I.DETTORI EFS AM C.CLAPASSON EFS AM
--	--

I – OBJET DE LA PROCEDURE

Cette procédure, définit et organise l'utilisation des bilans d'IHR réalisés et validés par L'EFS Alpes Méditerranée pour les patients transférés au sein de l'AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM. (IPC, etc....)

Elle précise :

- ☛ Les circonstances de l'aménagement de l'acte transfusionnel ;
- ☛ L'organisation de cet aménagement.

II – DOMAINE D'APPLICATION

Elle est applicable par les personnels médicaux prescripteurs, internes, lors du transfert d'un patient sur un autre site AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM. (IPC, etc....)

III - GLOSSAIRE

CSTH : Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance
CME L : Commission Médicale Locale
FD : Fiche de délivrance
IHR : Immuno-Hématologie Receveur
IPC : Institut Paoli Calmettes
PSL : Produits Sanguins Labiles

ANNEXE I5-p2 Cas particulier de l'utilisation d'un bilan IH



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM	N°/ référence de la procédure	Page
	Utilisation des bilans d'immuno-hématologie receveur (IHR) pour les patients transférés au sein de l'AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM	2 sur 7

IV – DOCUMENTS DE REFERENCE

- ☛ Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS n°03/582 du 15 décembre 2003, relative à la réalisation de l'acte transfusionnel :

Toute demande de produits sanguins labiles comporte :

- 1) *La prescription médicale de produits sanguins labiles homologues ou autologues ; Cette prescription est établie, si possible, sur un document pré-imprimé conformément aux bonnes pratiques de distribution de produits sanguins labiles. Elle comporte : la date de la prescription, l'identification lisible et la signature du prescripteur, l'identification de l'établissement et du service de soins (ainsi que le numéro de téléphone), l'identification du patient, le type et la quantité de produits demandés, le degré d'urgence s'il y a lieu.*
- 2) *Les documents de groupage sanguin valides du receveur (ABO-RH1, phénotype RH-KEL1 et si nécessaire phénotype étendu) ; il s'agit de deux déterminations de groupage sanguin résultant de deux actes de prélèvements différents effectués si possible par deux préleveurs différents.*
- 3) *La recherche d'anticorps anti-érythrocytaires (RAI) dont la durée de validité est conforme aux bonnes pratiques de distribution de produits sanguins labiles.*
- 4) *A défaut, les prélèvements sanguins du receveur permettant la réalisation des examens d'immuno-hématologie nécessaires à la préparation de la demande de produits sanguins labiles.*

V – ORGANISATION DE L'ACTE TRANSFUSIONNEL

V-1. Circonstance de l'aménagement de l'acte :

L'organisation du service doit favoriser la Transfusion lors d'un transfert d'un patient au sein des sites hospitaliers AP-HM et depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM. (IPC, etc....) dans la mesure où L'EFS Alpes Méditerranée aura réalisé les examens d'immuno-hématologie pour les receveurs concernés. Cet aménagement permettra d'utiliser un bilan pré transfusionnel pour obtenir des Produits Sanguins Labiles rapidement sans prélever à nouveau le patient.

ANNEXE I5-p3 Cas particulier de l'utilisation d'un bilan IH



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM	N°/ référence de la procédure	Page
	Utilisation des bilans d'immuno-hématologie receveur (IHR) pour les patients transférés au sein de l'AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM	3 sur 7

V-2. Utilisation de la procédure et rédaction de l'ordonnance de PSL

Le médecin accueillant le patient dont le bilan immuno hématologique réalisé par l'EFS Alpes Méditerranée est à jour, en provenance d'un autre site APHM ou d'un établissement de santé extérieur à l'AP-HM, doit remplir un document (cf. annexe) précisant :

- ❖ l'identité du receveur
- ❖ le lieu de l'admission temporaire
- ❖ la provenance du patient (sites AP-HM ou extérieur à l'AP-HM).

Le médecin peut demander à l'EFS de site les informations complémentaires.
Ce document accompagnera l'ordonnance de PSL.

A l'issue de la transfusion, le médecin s'engage à compléter la Fiche de Délivrance pour assurer la traçabilité des Produits délivrés.

VI – GESTION DOCUMENTAIRE

VI -1. Diffusion du document

Ce document sera diffusé de manière contrôlée :

- ❖ Au président du CCM
- ❖ A chaque chef de service qui sera chargé de la diffusion à chaque membre du corps médical et en particulier, à chaque choix de nouveaux internes,
- ❖ A la direction des soins
- ❖ A l'encadrement supérieur de santé, aux cadres de santé, eux - mêmes en charge de transmettre l'information au personnel para médical

VI -2. Classement de la procédure

Ce document est archivé à la direction.

Toute modification est soumise à la validation du Dr LASSALE, Président du C.S.T.H

ANNEXE 15-p4 Cas particulier de l'utilisation d'un bilan IH



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM	N°/ référence de la procédure
Utilisation des bilans d'immuno-hématologie receveur (IHR) pour les patients transférés au sein de l'AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM	Page 4 sur 7

VII- HISTORIQUE DE LA PROCEDURE

N° d'identification de la procédure	N° de version	Motif de la modification	Date de diffusion
N° 36-2010	1	Procédure initiale	11/10/2010
	2	Généralisation de la procédure aux hôpitaux du Centre (Conception & Timone).	12/2013
	3	Généralisation de la procédure aux hôpitaux de Marseille et à l'IPC.	01/2014
	4	Généralisation de la procédure aux hôpitaux de Marseille et aux établissements extérieurs à l'AP-HM.	09/2015
	5	Mise à jour du document de validation du transfert par le médecin Mise à jour de l'ordonnance de PSL	09/2018

ANNEXE I5-p5 Cas particulier de l'utilisation d'un bilan IH



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM	N°/ référence de la procédure	Page 5 sur 7
Utilisation des bilans d'immuno-hématologie receveur (IHR) pour les patients transférés au sein de l'AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM		



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



Les examens d'immuno-hématologie doivent impérativement avoir été effectués par l'EFS PAC

Tampon du Service

Date :/...../.....

Je soussigné Docteur..... certifie que :

Nom naissance :

Prénom :

Nom usuel :

né(e) le :/...../.....

Admis(e) dans l'Unité :

**Etiquette
Patient**

Contactez, si nécessaire, l'EFS du site, afin de connaître la durée de validité de la RAI.

Si provenance extérieure à l'établissement concerné :

est bien le/la patient(e) en provenance ce jour de l'hôpital

Si même établissement mais transfert vers une UF différente :

est bien le/la patient(e) en provenance de l'UF

A l'issue de la transfusion de ce/cette patient(e), je m'engage à faire parvenir à l'EFS de mon site, l'exemplaire de la fiche de délivrance dûment remplie dans les plus brefs délais, afin de respecter la réglementation en vigueur.

Signature :

Si une transfusion est envisagée, et en cas de RAI Positive, l'EFS du site recevant le patient pourra être amené à vous demander de prélever un échantillon sanguin nécessaire à la préparation de PSL compatibles avec la transfusion.

ANNEXE I5-p6 Cas particulier de l'utilisation d'un bilan IH



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM	N°/ référence de la procédure
Utilisation des bilans d'immuno-hématologie receveur (IHR) pour les patients transférés au sein de l'AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM	Page 6 sur 7

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

N° d'ordonnance

Joindre les documents de groupage sanguin et pour les CGR, le résultat de la RAI valide (ou les prélèvements pour leur réalisation)

<p>MEDECIN - PRESCRIPTEUR</p> <p>Nom (lisible et en majuscule) : _____</p> <p>Téléphone du prescripteur : _____</p> <p>Signature (obligatoire) : _____</p> <p>Date de la prescription : _____</p>	<p>ETABLISSEMENT DE SANTE:</p> <p>Service (UF) : _____</p> <p>Tél. direct : _____</p>
<p>PATIENT (coller l'étiquette du patient)</p> <p>Nom de famille (ou de naissance) : _____</p> <p>Nom d'usage (marital ou autre) : _____</p> <p>Prénom : _____</p> <p>Mé(o) le : _____ Sexe : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>Pour nouveau-né : préciser le terme (SA) : _____ Poids : _____ g</p> <p>Et l'identité complète de la mère : _____</p>	<p>Pour une transfusion non urgente ou programmée</p> <p>Date et heures souhaitées de la délivrance: le ____/____/____ à ____ H ____</p> <p>Pour transfusion urgente cocher la mention adéquate</p> <p><input type="checkbox"/> Urgence Vitale Immédiate (délivrance sans délai) et SE à l'EFS</p> <p><input type="checkbox"/> Urgence Vitale (délai obtention « 30 minutes) et SE à l'EFS</p> <p><input type="checkbox"/> Urgence relative (délai obtention 2 à 3 heures)</p>

Une ordonnance par type de PSL hors UV et UV1

Renseignements cliniques et biologiques

Greffe organe Greffe CSH Aplasie médullaire Myélocytoplasie Drépanocytose Autre _____

<p>CONCENTRE de GLOBULES ROUGES (CGR)</p> <p>Hb : _____ g/dL</p> <p>Quantité Ferme : _____</p> <p>Quantité Réserve : _____</p> <p>ou Volume : _____ mL</p> <p><input type="checkbox"/> Je prescris la prolongation de la validité de la RAI négative à 21 jours en absence de transfusion, grossesse ou greffe depuis 6 mois Nom et Signature (obligatoire) : _____</p>	<p>Qualification transformation (voir verso)</p> <p><input type="checkbox"/> Phénylpyru RH HEL</p> <p><input type="checkbox"/> Inactif (cocher indication)</p> <p><input type="checkbox"/> Compatibilité (joindre un tube EDTA)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (cocher) : _____</p>
--	---

CONCENTRE de PLAQUETTES (CP) Quantité Ferme : _____ Quantité Réserve : _____

Plaquettes : _____ G/L. Date de la numération : ____/____/____ Poids : _____

Inactif (cocher indication) Autre (cocher) : _____

Posologie souhaitée : _____ en 10¹¹ plaquettes (posologie au verso).

La choix du produit : posologie et nature (MCP ou CPA) sera sélectionné en fonction des produits disponibles par le site de délivrance

Le taux de plaquettes, et le poids du patient sont à renseigner obligatoirement

<p>PLASMA FRAIS CONGELÉ (PFC) Quantité Ferme : _____ Quantité Réserve : _____</p> <p>Nombre : _____ PFC ou Volume : _____ mL</p> <p>(1 PFC = 200 mL minimum)</p> <p>Indication à cocher :</p> <p><input type="checkbox"/> Hémorragies aiguës avec déficit global des facteurs de coagulation</p> <p><input type="checkbox"/> Echange plasmatique (indiquer le pathologie) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit complexes rares en facteurs de coagulation</p> <p><input type="checkbox"/> CIVD</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (cocher) : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Traceur température (en précoagulation) Indication : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Délivrance souhaitée des PSL en réserve _____</p> <p>PSL : _____</p> <p>Nb : _____</p> <p>(si différent)</p> <p>Service : _____</p> <p>Prescripteur : _____</p>
--	--

PRODUITS SANGUINS LABILES ANTICOAGULÉS		Quantité CGR		Quantité PFC	
Sites	Tel et Fax	Sites	Tel et Fax	Sites	Tel et Fax
Aix Psc	04 42 33 07 72 / 04 42 32 96 08	Aix les Bains	04 95 29 66 53 / 04 95 29 94 29	Arles	04 91 49 29 00 / 04 91 45 39 85
Avignon	04 90 81 14 01 / 04 90 67 53 20	Beaumont	04 96 59 18 76 / 04 96 16 12 03	Carpiat	04 03 94 02 36 / 04 03 94 82 34
Cavaillon	04 92 40 67 24 / 04 92 46 67 21	Toulon	04 98 08 08 70 / 04 94 36 23 46	St Laurent	04 92 27 52 47 / 04 92 27 52 49
MRS Salle	04 91 10 96 01 / 04 91 18 96 10	MRS Nord	04 91 38 98 57 / 04 91 38 98 22	MRS PFC	04 91 17 84 70 / 04 91 17 84 71
MRS Trousse	04 91 38 75 43 / 04 91 38 80 21				

EFS - Provence Alpes Côte d'Azur et Corse - 305 Avenue du Prado CS 30002 13272 Marseille BP

ALM/PSL/DEL/FO/101 V 16
Date d'effet : 27/02/2018
1/2

ANNEXE I5-p7 Cas particulier de l'utilisation d'un bilan IH



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

AP-HM	N°/ référence de la procédure
Utilisation des bilans d'immuno-hématologie receveur (IHR) pour les patients transférés au sein de l'AP-HM ou depuis un établissement de santé extérieur à l'AP-HM	
	Page 7 sur 7

FICHE DE DELIVRANCE

EFS Alpes-Méditerranée Site de Marseille
149, Bd BAILLE

57580692

Délivré le : 26/10/2012 11:19
Délivré par : EFA1
Edité le : 26/10/2012 11:20

13392 MARSEILLE CEDEX 5 Téléphone : 04 91 18 95 00 Page n° 1 / 1

Fiche de délivrance

Etablissement de santé : (MARSEILLE)	7021	N° de patient ES :	
Prescripteur :		Nom de naissance :	
N° ordonnance :		Prénom(s) :	
		Date de naissance :	Sexe :
		N° patient EFS :	

Données immuno-hématologiques - consignes transfusionnelles

ABO D : O- 25/10/2012 Phénotype : D- C- E- c+ e+ K-
O- 25/10/2012 RH-1 -2 -3 ,4 ,5 KEL-1

Dernière RAI le 24/10/2012 : RAI Négative

Anticorps irréguliers :

Consignes transfusionnelles :	Protocoles transfusionnels :
	Patient > 70 ans

Commentaire de distribution :

Produit	Numéro/lot	Groupe / Phénotype	Qualification
04171 CGR Déleuc SAGM UA	73121981237	O- D- C- E- c+ e+ K- RH-1 -2 -3 ,4 ,5 KEL-1	Carte ctrl prétransfu.
04171 CGR Déleuc SAGM UA	73122070320	O- D- C- E- c+ e+ K- RH-1 -2 -3 ,4 ,5 KEL-1	Carte ctrl prétransfu.

Nombre total de produits délivrés :

Réception : Par : _____ Date : _____ Heure : _____

Contrôle à réception conforme : oui non Tout produit sanguin labile doit être transfusé immédiatement à réception (plasma, plaq.), ou au plus tard dans les 6 heures (CG)

Traçabilité PSL

Le contrôle ultime en présence du malade est obligatoire avant la transfusion.
(1) contrôle ultime de concordance des documents pour tous les produits sanguins labiles
(2) contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les autologues

Produit Coller la vignette et vérifier le numéro de produit	Contrôle concordance documents (1)	Test de compatibilité ABO (2)	Transfusion réalisée par Nom - Qualité	Transfusion date et heure	Identité Patient et/ou Commentaires (3)
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		__/__/__ __:__:__	
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		__/__/__ __:__:__	
	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		__/__/__ __:__:__	

(3) Produit déduit par l'IES : date et cause de destruction (Compléter la partie traçabilité en zone "commentaires")
Produit retourné à l'IEFS : date et motif de retour (Compléter la partie traçabilité en zone "commentaires")
Effet indésirable receveur : le noter et prévenir le correspondant d'hémodiagnostic de l'IES ou l'IEFS

HISTORIQUE	Motif de la modification	Date de diffusion
<p>Guide des Bonnes Pratiques Transfusionnelles Version 5.0</p>	<p>Modification du Classeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cellule d'Hémovigilance : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dr. B.LASSALE, ✓ M. N.ARTERO, ✓ M. M.MOYA, ✓ M. L.BASSET. <p>Mise à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Refonte des 4 guides en un guide unique pour tous les sites ; ● Insertion de la prescription d'un cathéter court en vue de la transfusion ; ● Mise à jour des annexes : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajout de la plaquette d'information du patient à usage des médecins (Annexe 3) ; ✓ Mise à jour des ordonnances et de la FD EFS (Annexes 4, 6 & 9) ; ✓ Mise en place de la Procédure de délégation de l'acte transfusionnel sur les 4 sites (Annexes 5) ; ✓ Changement de contrôle ultime de compatibilité au lit du malade (Annexes 10) ; ✓ Mise à jour de l'ordonnance de contrôle post-transfusionnel et de la lettre de sortie (Annexes 13 & 14). <p>Document vérifié et approuvé le 25/01/2013 par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La Coordination Générale des soins ; ● Les Directions de soins infirmiers des 4 sites ; ● Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance. 	<p>03/2013</p>
<p>Guide des Bonnes Pratiques Transfusionnelles Version 5.1</p>	<p>Modification du Classeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cellule d'Hémovigilance : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dr. B.LASSALE, ✓ M. N.ARTERO, ✓ M. M.MOYA, ✓ M. L.BASSET. <p>Mise à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mise à jour des annexes : <ul style="list-style-type: none"> ✓ ANNEXE 02 - Fiche d'information au patient ✓ ANNEXE 05 - Délégation médicale de l'acte transfusionnel - Nord ✓ ANNEXE 06 - Prescription d'Examens d'Immuno-Hématologie ✓ ANNEXE 07 - Pochette de transport <p>Document vérifié et approuvé le 25/11/2013 par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance. 	<p>04/2014</p>
<p>Guide des Bonnes Pratiques Transfusionnelles Version 5.2</p>	<p>Modification du Classeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cellule d'Hémovigilance : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dr. B.LASSALE, ✓ M. N.ARTERO, ✓ M. M.MOYA, ✓ M. L.BASSET. <p>Mise à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● AVANT PROPOS : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Remplacement de l'EFS Conception par les Coursiers AP-HM dédiés à la Transfusion ; ✓ Laboratoires EFS conformes au Cofrac. <p>Document vérifié et approuvé le /05/2015 par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance. 	<p>01/2015</p>

HISTORIQUE	Motif de la modification	Date de diffusion
<p>Guide des Bonnes Pratiques Transfusionnelles Version 6</p>	<p>Modification du Classeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cellule d'Hémovigilance : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dr. B.LASSALE, ✓ M.M.MOYA-MACCHI <p>Mise à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● AVANT PROPOS : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Modification de l'EFS Marseille SUD. ● FICHE 1 : mise à jour des recommandations HAS (CGR, Plaquettes), ordonnance néonatalogie, suppression du Plasma SD comme PSL. ● FICHE 2 : mise à jour des durées de validité des RAI ● FICHE 3 : couleur des tubes de prélèvement de l'IHR ● FICHE 6 : recommandations HAS en Gériatrie ● FICHE 7 : recommandations HAS en urgence vitale & plan blanc ● FICHE 8 : recommandations HAS en Gériatrie & couleur des tubes ● FICHE 10 : délai de réalisation de la RAI post-transfusionnelle ● FICHE 12 : recommandations HAS pour les CGR ● Mise à jour des annexes : <ul style="list-style-type: none"> ✓ ANNEXE 04 – Ajout de l'Ordonnance Néonatalogie ✓ ANNEXE 05 – Délégation de l'acte sur Conception ✓ ANNEXE 05 - Délégation de l'acte sur Timone Adultes ✓ ANNEXE 06 - Prescription d'Examens d'Immuno-hématologie ✓ ANNEXE 08 – Bon de transport ✓ ANNEXE 13 – Modification du délai de réalisation de la RAI <p>Document vérifié et approuvé le 21/06/2016 par : Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance</p>	<p>06/2016</p>
<p>Guide des Bonnes Pratiques Transfusionnelles Version 7</p>	<p>Modification du Classeur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cellule d'Hémovigilance : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dr. B.LASSALE, ✓ M.M.MOYA-MACCHI <p>Mise à jour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● AVANT PROPOS : <ul style="list-style-type: none"> Modification Coursiers-Conception (Cartes de contrôles à réceptionner et à distribuer avec les commandes de PSL) ● Lien du GBPT sur Intranet ● Fiche N°1,4,9 et 11 La Décision du 10 Juillet 2018 définissant les bonnes pratiques prévus à l'article L.1223-3 du CSP remplace celle du 6/12/2006. ● Fiche N° 2 : Ajout de l'Arrêté du 15 Mai 2018 ● Fiche N° 2 : Feuillet blanc uniquement pour la prescription d'examen ● Fiche N° 3 : Abrogation de l'arrêté du 26/04/2002 ● Fiche N° 3 : Ajout de l'arrêté du 15 Mai 2018 ● Fiche N° 3 : Ajout du cas particulier d'utilisation d'un bilan IH de l'EFS lors d'un transfert de patient à l'AP-HM ● Fiche N° 5-5/5 : Approvisionnement des cartes de contrôle et des filtres ● Fiche N° 6 : Référence des transfuseurs stockés à la Pharmacie de site ● Fiche N° 8 : Ajout de la Fiche « SFAR » d'aide à la déclaration d'un EIR ● Mise à jour des Annexes : <ul style="list-style-type: none"> ✓ ANNEXE 04 - Ordonnance de PSL ✓ ANNEXE 06 - Prescription d'examens d'IH ✓ ANNEXE 10 - Carte de contrôle BIORAD remplace DIAGAST ✓ ANNEXE 12 – Aide à la déclaration d'un EIR ✓ ANNEXE 15 – Cas particulier d'utilisation d'un Bilan IH de l'EFS dans un contexte de transfert de patient à l'AP-HM 	<p>09/2018</p>



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille