| Rhena CLINIQUE DE STRASBOURG | **MODE OPERATOIRE**<br><br>**Transfusion : Effet Indésirable chez un Receveur (EIR) de Produit Sanguin Labile (PSL) : Conduites à tenir** | QGR-MO-327, v3<br><br>Date d'application : Date |
|---|---|---|
| Rédaction : Delphine BLANGENWITSCH (référente hémovigilance), Clio REININGER (référente hémovigilance)<br><br>Le : | Approbation :<br><br>Par : Sébastien BRESSOLIER (Directeur Général Adjoint), Armine HAMIDI (Médecin correspondant Hémovigilance)<br><br>Le : | Vérification :<br><br>Par : Caroline DEAU (Directrice Qualité et Affaires Réglementaires) |

# Transfusion : Conduites à tenir en cas d'Effet Indésirable chez un Receveur (EIR) de Produit Sanguin Labile (PSL)

1. **Arrêter la transfusion du PSL en cours + clamper la tubulure ET garder la voie veineuse.**
2. Contrôler et noter les paramètres vitaux (T° - TA - pouls - SaO2 – fréquence respiratoire).

| SIGNES | TYPES D'EIR POSSIBLES | Pages … |
|---|---|---|
| **Frissons isolés** | Réaction Fébrile Non Hémolytique (**RFNH**) | **2 à 4** |
| **Fièvre isolée : si T°>38°avec augmentation d'au moins 1°C** par rapport à la température avant transfusion | Réaction Fébrile Non Hémolytique (**RFNH**) | **5 à 8** |
| **Frissons + fièvre : augmentation d'au moins 2°C** par rapport à la température avant transfusion | Infection Bactérienne Transmise par Transfusion (**IBTT**) | **9 à 12** |
| **Signes œdème pulmonaire : dyspnée, chute de la saturation**, toux, expectorations mousseuses, râles crépitants, cyanose | Œdème pulmonaire de surcharge (**TACO**) | **13 à 15** |
| **Syndrome de détresse respiratoire aiguë : dyspnée, chute de la saturation,** chute TA, tachycardie, fièvre | Œdème pulmonaire lésionnel (**TRALI**) | **13 à 15** |
| **Signes cutanés** : urticaire, prurit, rash, rougeurs, œdème Et/ou plus rarement : signes cardiovasculaires, respiratoires, digestifs… | **Allergie** | **16 à 18** |
| **Douleurs lombaires +++** Chute TA, tachycardie, angoisse | **Incompatibilité immunologique** | **19 à 21** |

| Rhena CLINIQUE DE STRASBOURG | **MODE OPERATOIRE**<br><br>**Transfusion : Effet Indésirable chez un Receveur (EIR) de Produit Sanguin Labile (PSL) : Conduites à tenir** | QGR-MO-327, v3<br><br>Date d'application : Date |
|---|---|---|
| Rédaction : Delphine BLANGENWITSCH (référente hémovigilance), Clio REININGER (référente hémovigilance)<br><br>Le : | Approbation :<br><br>Par : Sébastien BRESSOLIER (Directeur Général Adjoint), Armine HAMIDI (Médecin correspondant Hémovigilance)<br><br>Le : | Vérification :<br><br>Par : Caroline DEAU (Directrice Qualité et Affaires Réglementaires) |

## Réaction Fébrile Non Hémolytique (SI FRISSONS ISOLES)

1. **Arrêter la transfusion du PSL en cours + clamper la tubulure ET garder la voie veineuse.**

2. **Contrôler et noter les paramètres vitaux** (T° - TA - pouls - SaO2 – FR).

3. **Contacter le médecin transfuseur** pour la prise en charge du patient **ou le médecin d'astreinte au 3939**. *En cas de doute sur une conduite à tenir*, **contacter l'EFS** au 03 88 21 25 01.

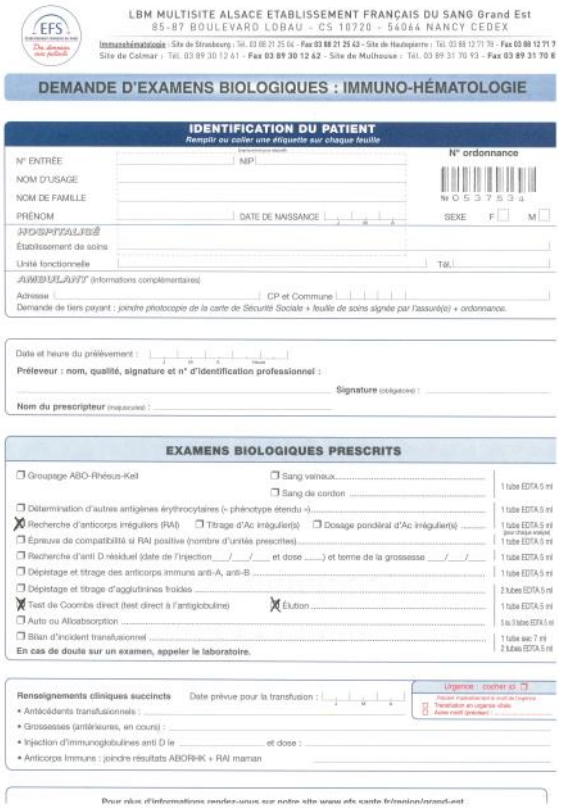
4. **Contacter un des deux médecins correspondants hémovigilance** de la clinique => Dr Hamidi 3957 ou Dr Meyer 4504 (si pas dispo, doivent être avertis dans un délai de 8 heures).

5. **Contrôler les concordances d'identité et le Dispositif de Contrôle Ultime Pré-transfusionnel (CUPT).**

   Conseil : prélever le patient avec la même ailette pour les différents bilans.

6. Faire remplir au médecin un bilan immuno-hématologique (feuille bleue disponible dans le trieur TRANSFUSION) et cocher : RAI + Test de Coombs + Elution

7. Piquer un bilan avec 2 grands tubes violets EDTA.


LBM MULTISITE ALSACE ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG Grand Est
85-87 BOULEVARD LOBAU - CS 10720 - 54064 NANCY CEDEX

DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES : IMMUNO-HÉMATOLOGIE

IDENTIFICATION DU PATIENT
Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

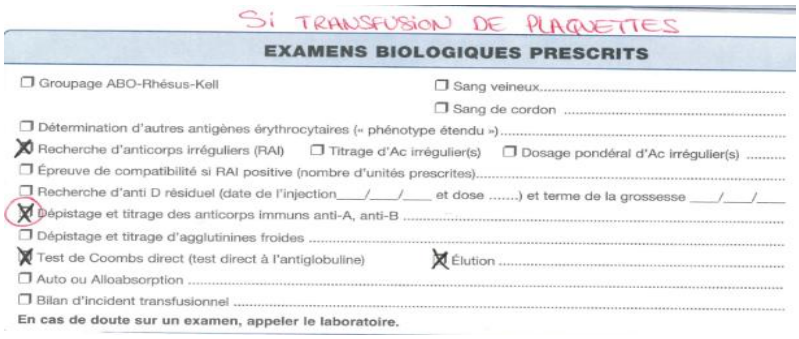
N° ordonnance

EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS

En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.

Renseignements cliniques succincts

8. *Cas particulier* : **en cas de transfusion de plaquettes**, cocher la case : dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B. Piquer un grand tube EDTA violet en plus.

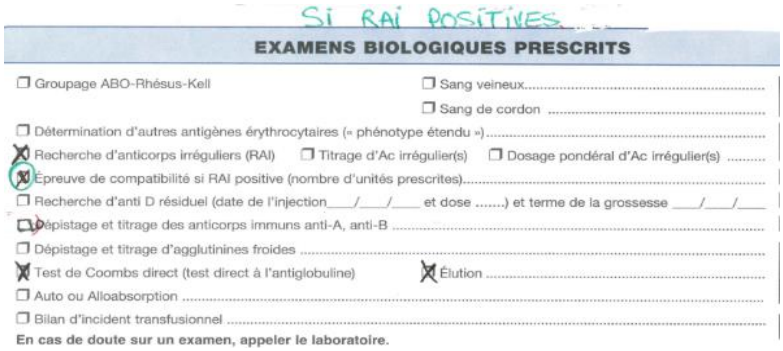

Si TRANSFUSION DE PLAQUETTES

**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

- ❒ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ❒ Sang veineux ..... — ❒ Sang de cordon .....
- ❒ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu ») .....
- ☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ❒ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ❒ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s) .....
- ❒ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites) .....
- ❒ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
- ☒ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B .....
- ❒ Dépistage et titrage d'agglutinines froides .....
- ☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution .....
- ❒ Auto ou Alloabsorption .....
- ❒ Bilan d'incident transfusionnel .....

**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

9. *Autre cas particulier* : **en cas de RAI positives pré transfusionnelles**, cocher la case : épreuve de compatibilité. Piquer un grand tube EDTA violet en plus.


Si RAI POSITIVES

**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

- ❒ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ❒ Sang veineux ..... — ❒ Sang de cordon .....
- ❒ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu ») .....
- ☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ❒ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ❒ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s) .....
- ☒ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites) .....
- ❒ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
- ❒ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B .....
- ❒ Dépistage et titrage d'agglutinines froides .....
- ☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution .....
- ❒ Auto ou Alloabsorption .....
- ❒ Bilan d'incident transfusionnel .....

**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

10. Selon avis du médecin, faire également un <u>bilan de recherche Ac anti-HLA</u> (feuille violette disponible dans le trieur TRANSFUSION).
Piquer 2 tubes rouges.

EFS

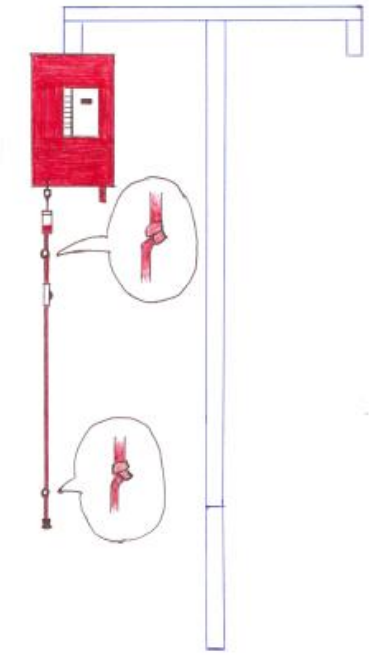
DEMANDE D'ANALYSES BIOLOGIQUES : LABORATOIRE HLA ET IMMUNOLOGIE LEUCOPLAQUETTAIRE

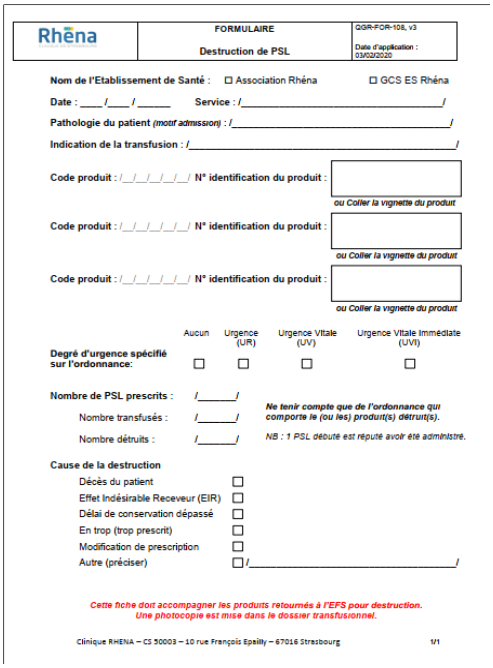
IDENTIFICATION DU PATIENT

ANALYSES BIOLOGIQUES PRESCRITES

11. Pour l'envoi des tubes à l'EFS (conservés à T°ambiante), **contacter le transporteur au 7021.**

12. **Prévenir l'EFS** au 03 88 21 25 01 et si besoin lui adresser les poches (vides ou non, conservées à +4°C au frigo) de tous les PSL transfusés dans les 8 heures qui ont précédé l'EIR après avoir fait **2 nœuds** (schéma ci-contre) dans leur emballage plastique.





Rhéna — FORMULAIRE — Destruction de PSL — QGR-FOR-108, V3 — Date d'application : 03/02/2020

Nom de l'Etablissement de Santé : ☐ Association Rhéna ☐ GCS ES Rhéna

Date : ___/___/_____ Service : /_____/

Pathologie du patient (motif admission) : /_____/

Indication de la transfusion : /_____/

Code produit : /__/__/__/__/__/ N° identification du produit : (ou Coller la vignette du produit)

Code produit : /__/__/__/__/__/ N° identification du produit : (ou Coller la vignette du produit)

Code produit : /__/__/__/__/__/ N° identification du produit : (ou Coller la vignette du produit)

Degré d'urgence spécifié sur l'ordonnance : Aucun ☐ Urgence (UR) ☐ Urgence Vitale (UV) ☐ Urgence Vitale Immédiate (UVI) ☐

Nombre de PSL prescrits : /_____/

Nombre transfusés : /_____/

Nombre détruits : /_____/

*Ne tenir compte que de l'ordonnance qui comporte le (ou les) produit(s) détruit(s).*

*NB : 1 PSL débuté est réputé avoir été administré.*

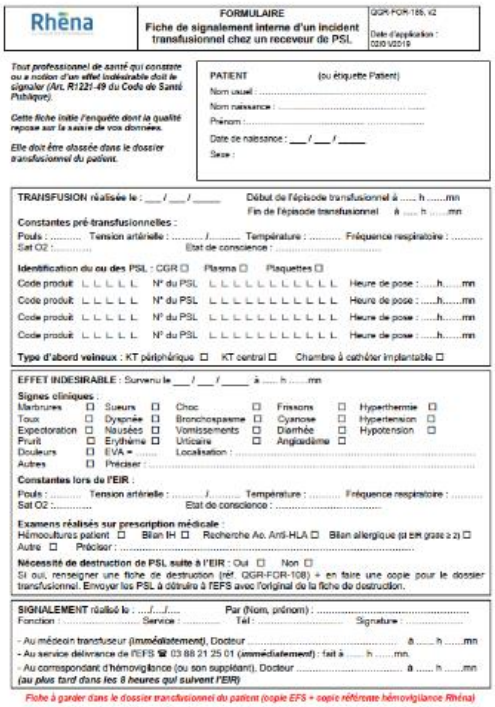
Cause de la destruction

- Décès du patient ☐
- Effet Indésirable Receveur (EIR) ☐
- Délai de conservation dépassé ☐
- En trop (trop prescrit) ☐
- Modification de prescription ☐
- Autre (préciser) ☐ /_____/

*Cette fiche doit accompagner les produits retournés à l'EFS pour destruction. Une photocopie est mise dans le dossier transfusionnel.*

Clinique RHENA – CS 50003 – 10 rue François Epailly – 67016 Strasbourg 1/1

13. *Si le renvoi des poches est nécessaire*, **remplir la fiche de destruction**, disponible dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-108). Cette fiche doit accompagner les poches lors du renvoi à l'EFS par le transporteur. Faire une photocopie et la mettre dans le dossier transfusionnel.



Rhéna — FORMULAIRE — Fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL — QGR-FOR-185, v2 — Date d'application : 03/01/2019

*Tout professionnel de santé qui constate ou a connaissance d'un effet indésirable doit le signaler (Art. R1221-49 du Code de Santé Publique).*

*Cette fiche initie l'enquête dont la qualité repose sur la saisie de vos données.*

*Elle doit être classée dans le dossier transfusionnel du patient.*

PATIENT (ou étiquette Patient)

Nom usuel : ..... Nom naissance : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ___/___/____ Sexe :

TRANSFUSION réalisée le : ___/___/_____ Début de l'épisode transfusionnel à .....h.....mn Fin de l'épisode transfusionnel à .....h.....mn

Constantes pré-transfusionnelles : Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : ..... Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

Identification du ou des PSL : CGR ☐ Plasma ☐ Plaquettes ☐

| | | | |
|---|---|---|---|
| Code produit | L L L L L | N° du PSL | L L L L L L L L L L L L L | Heure de pose : .....h.....mn |
| Code produit | L L L L L | N° du PSL | L L L L L L L L L L L L L | Heure de pose : .....h.....mn |
| Code produit | L L L L L | N° du PSL | L L L L L L L L L L L L L | Heure de pose : .....h.....mn |
| Code produit | L L L L L | N° du PSL | L L L L L L L L L L L L L | Heure de pose : .....h.....mn |

Type d'abord veineux : KT périphérique ☐ KT central ☐ Chambre à cathéter implantable ☐

EFFET INDESIRABLE : Survenu le ___/___/_____ à .....h.....mn

Signes cliniques :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Marbrures | ☐ | Sueurs | ☐ | Choc | ☐ | Frissons | ☐ | Hyperthermie | ☐ |
| Toux | ☐ | Dyspnée | ☐ | Bronchospasme | ☐ | Cyanose | ☐ | Hypertension | ☐ |
| Expectoration | ☐ | Nausées | ☐ | Vomissements | ☐ | Diarrhée | ☐ | Hypotension | ☐ |
| Prurit | ☐ | Erythème | ☐ | Urticaire | ☐ | Angiœdème | ☐ | | |
| Douleurs | ☐ | EVA = | | Localisation : | | | | | |
| Autres | ☐ | Préciser : | | | | | | | |

Constantes lors de l'EIR : Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : ..... Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

Examens réalisés sur prescription médicale : Hémocultures patient ☐ Bilan IH ☐ Recherche Ac. Anti-HLA ☐ Bilan allergique (si EIR grade ≥ 2) ☐ Autre ☐ Préciser : .....

Nécessité de destruction de PSL suite à l'EIR : Oui ☐ Non ☐

Si oui, renseigner une fiche de destruction (réf. QGR-FOR-108) + en faire une copie pour le dossier transfusionnel. Envoyer les PSL à détruire à l'EFS avec l'original de la fiche de destruction.

SIGNALEMENT réalisé le : ...../...../..... Par (Nom, prénom) : ..... Fonction : ..... Service : ..... Tel : ..... Signature : .....

- Au médecin transfuseur (*immédiatement*), Docteur ..... à .....h.....mn
- Au service délivrance de l'EFS ☎ 03 88 21 25 01 (*immédiatement*) : fait à .....h.....mn.
- Au correspondant d'hémovigilance (ou son suppléant), Docteur ..... à .....h.....mn (*au plus tard dans les 8 heures qui suivent l'EIR*)

*Fiche à garder dans le dossier transfusionnel du patient (copie EFS + copie référente hémovigilance Rhéna)*

14. **Remplir une fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL** présente dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-185). Cette fiche est à garder dans le dossier transfusionnel après avoir été **faxée à l'EFS** (sur le fax : INFO EFS)

15. **Signaler l'EIR aux référentes hémovigilance** par mail ou par téléphone au 38 61 dans un délai de 8 heures (+ au médecin correspondant si pas déjà fait).

16. **Tracer** cet incident et les contrôles effectués dans le dossier DxCare et dans le dossier transfusionnel.

## Réaction Fébrile Non Hémolytique (SI FIEVRE ISOLEE)

1. **Arrêter la transfusion du PSL en cours + clamper la tubulure ET garder la voie veineuse.**

2. **Contrôler et noter les paramètres vitaux** (T° - TA - pouls - SaO2 – FR).

3. **Contacter le médecin transfuseur** pour la prise en charge du patient **ou le médecin d'astreinte au 3939**. *En cas de doute sur une conduite à tenir*, **contacter l'EFS** au 03 88 21 25 01.

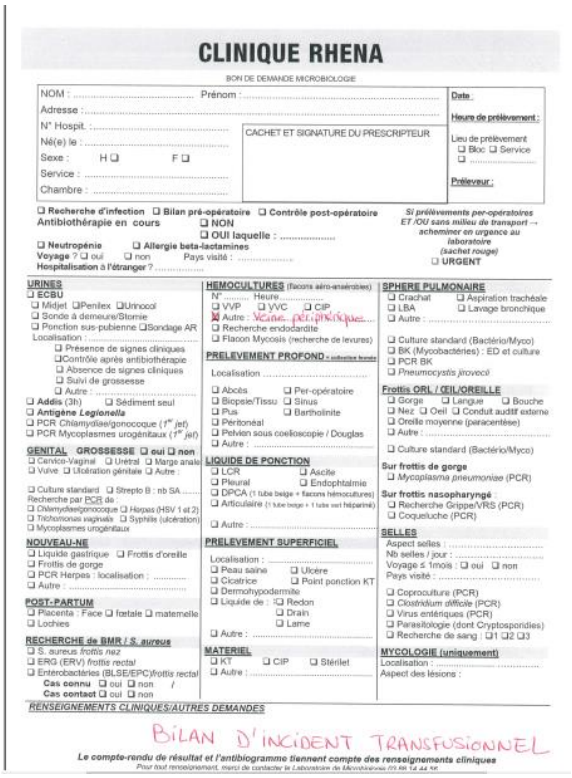
4. **Contacter un des deux médecins correspondants hémovigilance** de la clinique => Dr Hamidi 3957 ou Dr Meyer 4504 (si pas dispo, doivent être avertis dans un délai de 8 heures).

5. **Contrôler les concordances d'identité et le Dispositif de Contrôle Ultime Pré-transfusionnel (CUPT).**

   Conseil : prélever le patient avec la même ailette pour les différents bilans.

6. **Piquer les hémocultures** -> faire 2 prélèvements :
   - 1 flacon aérobie puis 1 anaérobie (les remplir entièrement jusqu'à 10 ml minimum et noter dessus numéro 1 et 2).
   - Et refaire 1 flacon aérobie puis 1 anaérobie (les remplir entièrement jusqu'à 10 ml minimum et noter dessus numéro 3 et 4).

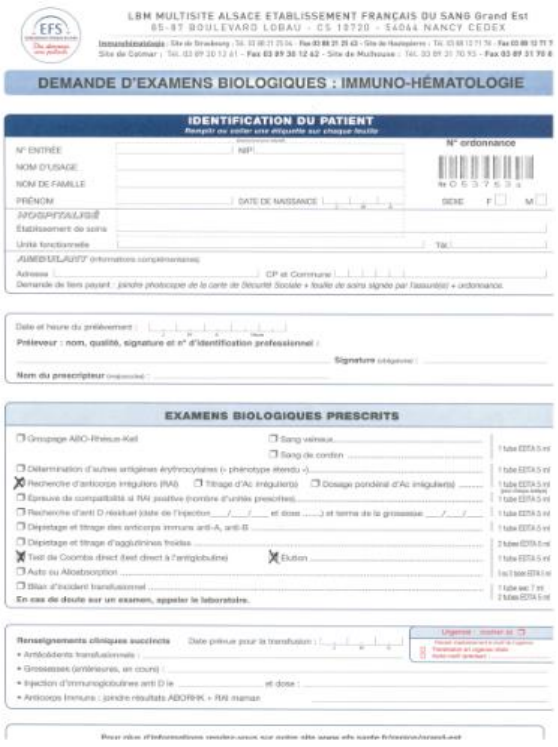
   **Envoyer les flacons d'hémoculture au laboratoire de la clinique.** (Ordonnance classique ou Microbiologie et noter bilan d'incident transfusionnel


CLINIQUE RHENA

BON DE DEMANDE MICROBIOLOGIE

BILAN D'INCIDENT TRANSFUSIONNEL

7. Faire remplir au médecin un <u>bilan immuno-hématologique</u> (feuille bleue disponible dans le trieur TRANSFUSION) et cocher : RAI + Test de Coombs + Elution.


LBM MULTISITE ALSACE ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG Grand Est
65-67 BOULEVARD LOBAU - CS 10720 - 54044 NANCY CEDEX

**DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES : IMMUNO-HÉMATOLOGIE**

**IDENTIFICATION DU PATIENT**
*Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille*

N° ENTRÉE | NIP | N° ordonnance
NOM D'USAGE
NOM DE FAMILLE
PRÉNOM | DATE DE NAISSANCE | SEXE F M
HOSPITALISÉ
Établissement de soins
Unité fonctionnelle | Tél.
AMBULATOIRE (informations complémentaires)
Adresse | CP et Commune
Demande de tiers payant : joindre photocopie de la carte de Sécurité Sociale + feuille de soins signée par l'assuré(e) + ordonnance.

Date et heure du prélèvement :
Préleveur : nom, qualité, signature et n° d'identification professionnel :
Signature (obligatoire)
Nom du prescripteur (majuscules)

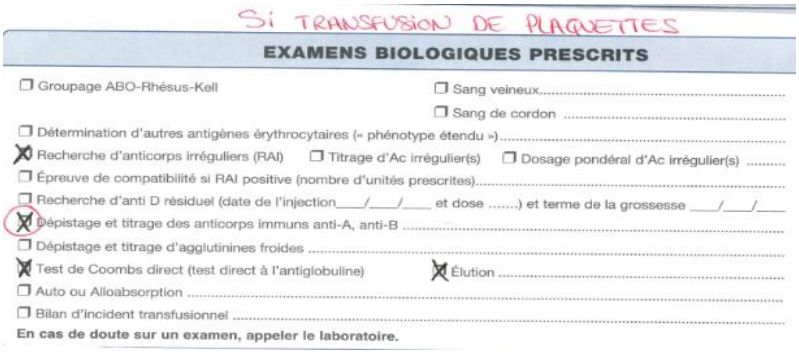
**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

❒ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ❒ Sang veineux — ❒ Sang de cordon
❒ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu »)
☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ❒ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ❒ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s)
❒ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites)
❒ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
❒ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B
❒ Dépistage et titrage d'agglutinines froides
☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution
❒ Auto ou Alloabsorption
❒ Bilan d'incident transfusionnel
**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

**Renseignements cliniques succincts** — Date prévue pour la transfusion :
• Antécédents transfusionnels :
• Grossesses (antérieures, en cours) :
• Injection d'immunoglobulines anti D le — et dose :
• Anticorps immuns : joindre résultats ABORHK + RAI maman

8. Piquer un bilan avec 2 grands tubes violets EDTA.

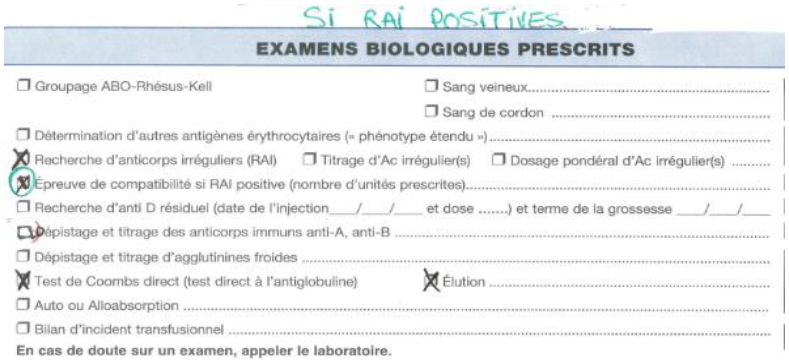
9. *Cas particulier* : **en cas de transfusion de plaquettes**, cocher la case : dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B. Piquer un grand tube violet EDTA en plus.


Si TRANSFUSION DE PLAQUETTES

**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

❒ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ❒ Sang veineux — ❒ Sang de cordon
❒ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu »)
☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ❒ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ❒ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s)
❒ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites)
❒ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
☒ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B
❒ Dépistage et titrage d'agglutinines froides
☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution
❒ Auto ou Alloabsorption
❒ Bilan d'incident transfusionnel
**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

10. *Autre cas particulier* : **en cas de RAI positives pré transfusionnelles**, cocher la case : épreuve de compatibilité. Piquer un grand tube violet EDTA en plus.


Si RAI POSITIVES

**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

❒ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ❒ Sang veineux — ❒ Sang de cordon
❒ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu »)
☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ❒ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ❒ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s)
☒ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites)
❒ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
❒ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B
❒ Dépistage et titrage d'agglutinines froides
☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution
❒ Auto ou Alloabsorption
❒ Bilan d'incident transfusionnel
**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

11. Selon avis du médecin, faire également un <u>bilan de recherche Ac anti-HLA</u> (feuille violette disponible dans le trieur TRANSFUSION).
Piquer 2 tubes rouges.

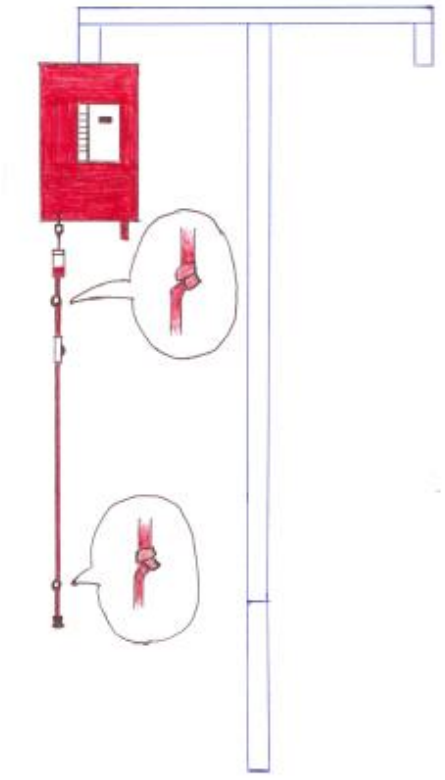
EFS

DEMANDE D'ANALYSES BIOLOGIQUES : LABORATOIRE HLA ET IMMUNOLOGIE LEUCOPLAQUETTAIRE

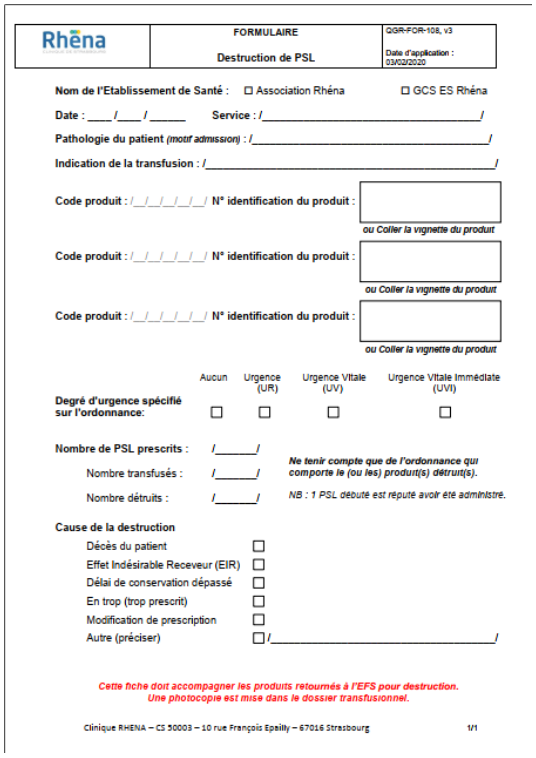
IDENTIFICATION DU PATIENT

ANALYSES BIOLOGIQUES PRESCRITES

12. Pour l'envoi des tubes à l'EFS (conservés à T°ambiante), **contacter le transporteur au 7021**.



13. **Prévenir l'EFS** au 03 88 21 25 01 et **lui adresser les poches** (vides ou non, <u>conservées à +4°au frigo</u>) de tous les PSL transfusés dans les 8 heures qui ont précédé l'EIR après avoir fait **2 nœuds** (schéma ci-contre) dans leur emballage plastique.



Rhéna | FORMULAIRE — Destruction de PSL | QGR-FOR-108, v3 — Date d'application : 03/02/2020

**Nom de l'Etablissement de Santé :** ☐ Association Rhéna ☐ GCS ES Rhéna

**Date :** ___/___/_____ **Service :** /_____/

**Pathologie du patient** *(motif admission)* **:** /_____/

**Indication de la transfusion :** /_____/

**Code produit :** /__/__/__/__/__/ **N° identification du produit :** *ou Coller la vignette du produit*

**Code produit :** /__/__/__/__/__/ **N° identification du produit :** *ou Coller la vignette du produit*

**Code produit :** /__/__/__/__/__/ **N° identification du produit :** *ou Coller la vignette du produit*

| **Degré d'urgence spécifié sur l'ordonnance:** | Aucun | Urgence (UR) | Urgence Vitale (UV) | Urgence Vitale Immédiate (UVI) |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Nombre de PSL prescrits :** /_____/

Nombre transfusés : /_____/

Nombre détruits : /_____/

***Ne tenir compte que de l'ordonnance qui comporte le (ou les) produit(s) détruit(s).***

*NB : 1 PSL débuté est réputé avoir été administré.*

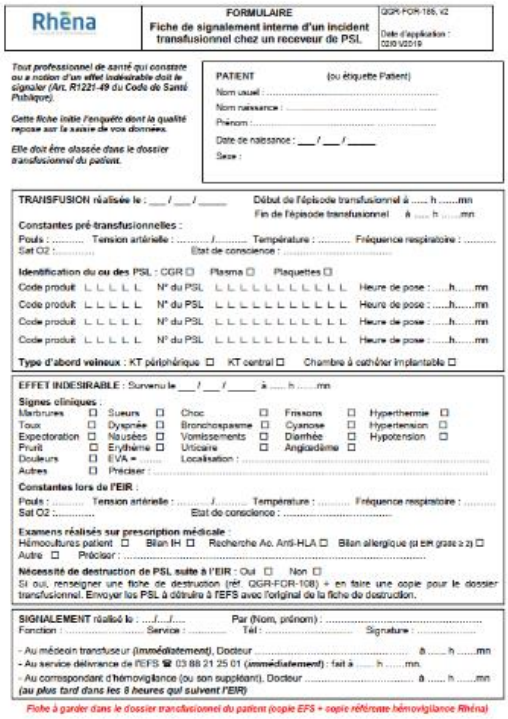
**Cause de la destruction**

- Décès du patient ☐
- Effet Indésirable Receveur (EIR) ☐
- Délai de conservation dépassé ☐
- En trop (trop prescrit) ☐
- Modification de prescription ☐
- Autre (préciser) ☐ /_____/

*Cette fiche doit accompagner les produits retournés à l'EFS pour destruction. Une photocopie est mise dans le dossier transfusionnel.*

Clinique RHENA – CS 50003 – 10 rue François Epailly – 67016 Strasbourg 1/1

14. **Remplir la fiche de destruction**, disponible dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-108). Cette fiche doit accompagner les poches lors du renvoi à l'EFS par le transporteur. Faire une photocopie et la mettre dans le dossier transfusionnel.



Rhéna | FORMULAIRE — Fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL | QGR-FOR-185, v2 — Date d'application : 02/01/2019

*Tout professionnel de santé qui constate ou a notion d'un effet indésirable doit le signaler (Art. R1221-49 du Code de Santé Publique).*

*Cette fiche initie l'enquête dont la qualité repose sur la saisie de vos données.*

*Elle doit être classée dans le dossier transfusionnel du patient.*

**PATIENT** (ou étiquette Patient)

Nom usuel : .....

Nom naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ___/___/_____

Sexe :

**TRANSFUSION réalisée le :** ___/___/_____ Début de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn

Fin de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn

**Constantes pré-transfusionnelles :**

Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....

Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

**Identification du ou des PSL :** CGR ☐ Plasma ☐ Plaquettes ☐

Code produit : L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit : L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit : L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit : L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

**Type d'abord veineux :** KT périphérique ☐ KT central ☐ Chambre à cathéter implantable ☐

**EFFET INDESIRABLE :** Survenu le ___/___/_____ à ..... h .....mn

**Signes cliniques :**

Marbrures ☐ Sueurs ☐ Choc ☐ Frissons ☐ Hyperthermie ☐

Toux ☐ Dyspnée ☐ Bronchospasme ☐ Cyanose ☐ Hypertension ☐

Expectoration ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐ Hypotension ☐

Prurit ☐ Erythème ☐ Urticaire ☐ Angiodème ☐

Douleurs ☐ EVA = ..... Localisation : .....

Autres ☐ Préciser : .....

**Constantes lors de l'EIR :**

Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....

Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

**Examens réalisés sur prescription médicale :**

Hémocultures patient ☐ Bilan IH ☐ Recherche Ac. Anti-HLA ☐ Bilan allergique (si EIR grave ≥ 2) ☐

Autre ☐ Préciser : .....

**Nécessité de destruction de PSL suite à l'EIR :** Oui ☐ Non ☐

Si oui, renseigner une fiche de destruction (réf. QGR-FOR-108) + en faire une copie pour le dossier transfusionnel. Envoyer les PSL à détruire à l'EFS avec l'original de la fiche de destruction.

**SIGNALEMENT réalisé le :** ...../...../..... Par (Nom, prénom) : .....

Fonction : ..... Service : ..... Tél : ..... Signature : .....

- Au médecin transfuseur (*immédiatement*), Docteur ..... à ..... h .....mn
- Au service délivrance de l'EFS ☎ 03 88 21 25 01 (*immédiatement*) : fait à ..... h .....mn.
- Au correspondant d'hémovigilance (ou son suppléant), Docteur ..... à ..... h .....mn

*(au plus tard dans les 8 heures qui suivent l'EIR)*

*Fiche à garder dans le dossier transfusionnel du patient (copie EFS + copie référente hémovigilance Rhéna)*

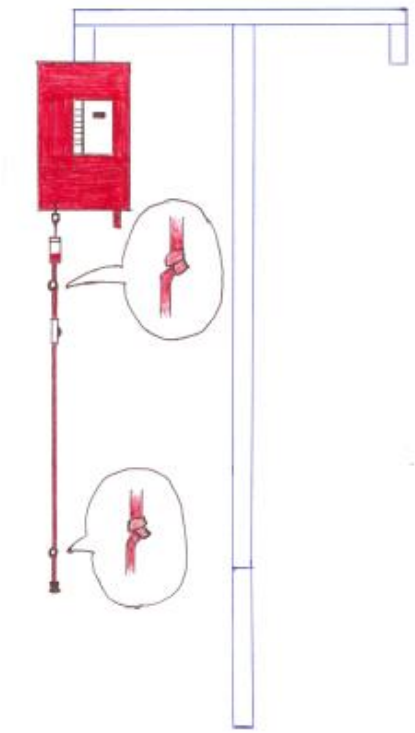
15. **Remplir une fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL** présente dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-185). Cette fiche est à garder dans le dossier transfusionnel après avoir été **faxée à l'EFS** (sur le fax : INFO EFS)

16. **Signaler l'EIR aux référentes hémovigilance** par mail ou par téléphone au 38 61 dans un délai de 8 heures (+ au médecin correspondant si pas déjà fait).

17. **Tracer** cet incident et les contrôles effectués dans le dossier DxCare et dans le dossier transfusionnel.

# INFECTION BACTERIENNE TRANSMISE PAR TRANSFUSION (IBTT)

1. **Arrêter la transfusion du PSL en cours + clamper la tubulure et faire 2 nœuds ET garder la voie veineuse selon le schéma ci-contre :**



2. **Contrôler et noter les paramètres vitaux** (T° - TA - pouls - SaO2 – FR).

3. **Contacter le médecin transfuseur** pour la prise en charge du patient **ou le médecin d'astreinte au 3939. Avertir l'EFS** au 03 88 21 25 01.

4. **Contacter un des deux médecins correspondants hémovigilance** de la clinique => Dr Hamidi 3957 ou Dr Meyer 4504 (si pas dispo, doivent être avertis dans un délai de 8 heures).

5. **Contrôler les concordances d'identité et le Dispositif de Contrôle Ultime Pré-transfusionnel (CUPT).**

   Conseil : prélever le patient avec la même ailette pour les différents bilans.

6. **Chercher le kit IBTT dans le chariot d'urgence ou le tiroir transfusionnel.**

   Composition du KIT IBTT :
   - Sac plastique pour le(s) Produit(s) Sanguin(s) Labile(s) (PSL) incriminé(s)
   - 1 bouchon rouge pour obturer l'extrémité de la tubulure du PSL
   - 1 tube jaune + 3 grands tubes EDTA violets + 2 tubes rouges
   - 4 flacons hémocultures (2 aérobies, 2 anaérobies)
   - 1 aiguille à ailettes
   - 1 tulipe

7. Placer tous les PSL transfusés à +4°C au frigo dans un sac plastique et y coller une étiquette patient.

8. **Piquer les hémocultures** -> faire 2 prélèvements :
   - 1 flacon aérobie puis 1 anaérobie (les remplir entièrement jusqu'à 10 ml minimum et noter dessus numéro 1 et 2).
   - Et refaire 1 flacon aérobie puis 1 anaérobie (les remplir entièrement jusqu'à 10 ml minimum et noter dessus numéro 3 et 4).

   **Envoyer les flacons d'hémoculture au laboratoire de la clinique par pneumatique.**
   (Ordonnance classique ou microbiologie et noter <u>suspicion IBTT</u>

CLINIQUE RHENA

BON DE DEMANDE MICROBIOLOGIE

NOM : Prénom :
Adresse :
N° Hospit. :
Né(e) le :
Sexe : H ☐ F ☐
Service :
Chambre :
CACHET ET SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR
Date :
Heure de prélèvement :
Lieu de prélèvement ☐ Bloc ☐ Service ☐ …
Préleveur :

☐ Recherche d'infection ☐ Bilan pré-opératoire ☐ Contrôle post-opératoire
Antibiothérapie en cours ☐ NON ☐ OUI laquelle : …
☐ Neutropénie ☐ Allergie bêta-lactamines
Voyage ? ☐ oui ☐ non Pays visité : …
Hospitalisation à l'étranger ?
Si prélèvements per-opératoires ET /OU sans relève de transport → acheminer en urgence au laboratoire (sachet rouge) ☐ URGENT

URINES
☐ ECBU
☐ Mi-jet ☐ Pénilex ☐ Urinocol
☐ Sonde à demeure/Stomie
☐ Ponction sus-pubienne ☐ Sondage AR
Localisation : …
☐ Présence de signes cliniques
☐ Contrôle après antibiothérapie
☐ Absence de signes cliniques
☐ Suivi de grossesse
☐ Autre : …
☐ Addis (3h) ☐ Sédiment seul
☐ Antigène Legionella
☐ PCR Chlamydiae/gonocoque (1er jet)
☐ PCR Mycoplasmes urogénitaux (1er jet)

GENITAL GROSSESSE ☐ oui ☐ non
☐ Cervico-Vaginal ☐ Urétral ☐ Marge anale
☐ Vulve ☐ Ulcération génitale ☐ Autre :
☐ Culture standard ☐ Strepto B : nb SA : …
Recherche par PCR de :
☐ Chlamydiae/gonocoque ☐ Herpès (HSV 1 et 2)
☐ Trichomonas vaginalis ☐ Syphilis (ulcération)
☐ Mycoplasmes uro-génitaux

NOUVEAU-NE
☐ Liquide gastrique ☐ Frottis d'oreille
☐ Frottis de gorge
☐ PCR Herpès : localisation : …
☐ Autre : …

POST-PARTUM
☐ Placenta : Face ☐ fœtale ☐ maternelle
☐ Lochies

RECHERCHE de BMR / S. aureus
☐ S. aureus frottis nez
☐ ERG (ERV) frottis rectal
☐ Entérobactéries (BLSE/EPC)frottis rectal
Cas connu ☐ oui ☐ non /
Cas contact ☐ oui ☐ non

HEMOCULTURES (flacons aéro-anaérobies)
N° … Heure : …
☐ VVP ☐ VVC ☐ CIP
☐ Autre : Veine périphérique
☐ Recherche endocardite
☐ Flacon Mycosés (recherche de levures)

PRELEVEMENT PROFOND (collection fermée)
Localisation : …
☐ Abcès ☐ Per-opératoire
☐ Biopsie/Tissu ☐ Sinus
☐ Pus ☐ Bartholinite
☐ Péritonéal
☐ Pelvien actes coeliosocopie / Douglas
☐ Autre : …

LIQUIDE DE PONCTION
☐ LCR ☐ Ascite
☐ Pleural ☐ Endophtalmie
☐ DPCA (1 tube beige + flacons hémocultures)
☐ Articulaire (1 tube beige + 1 tube vert héparine)
☐ Autre : …

PRELEVEMENT SUPERFICIEL
Localisation : …
☐ Peau saine ☐ Ulcère
☐ Cicatrice ☐ Point ponction KT
☐ Dermohypodermite
☐ Liquide de : ☐ Redon ☐ Drain ☐ Lame
☐ Autre : …

MATERIEL
☐ KT ☐ CIP ☐ Stérilet
☐ Autre : …

SPHERE PULMONAIRE
☐ Crachat ☐ Aspiration trachéale
☐ LBA ☐ Lavage bronchique
☐ Autre : …
☐ Culture standard (Bactério/Myco)
☐ BK (Mycobactéries) : ED et culture
☐ PCR BK
☐ Pneumocystis jirovecii

Frottis ORL / OEIL/OREILLE
☐ Gorge ☐ Langue ☐ Bouche
☐ Nez ☐ Oeil ☐ Conduit auditif externe
☐ Oreille moyenne (paracentèse)
☐ Autre : …
☐ Culture standard (Bactério/Myco)

Sur frottis de gorge
☐ Mycoplasma pneumoniae (PCR)

Sur frottis nasopharyngé :
☐ Recherche Grippe/VRS (PCR)
☐ Coqueluche (PCR)

SELLES
Aspect selles : …
Nb selles / jour : …
Voyage ≤ 1mois : ☐ oui ☐ non
Pays visité : …
☐ Coproculture (PCR)
☐ Clostridium difficile (PCR)
☐ Virus entériques (PCR)
☐ Parasitologie (dont Cryptosporidies)
☐ Recherche de sang : ☐1 ☐2 ☐3

MYCOLOGIE (uniquement)
Localisation : …
Aspect des lésions : …

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES/AUTRES DEMANDES SUSPICION IBTT

9. Faire remplir au médecin un <u>bilan immuno-hématologique</u> (feuille bleue disponible dans le trieur TRANSFUSION) et cocher : RAI + Test de Coombs + Elution + Bilan d'incident transfusionnel.

10. Piquer un bilan avec 2 grands tubes EDTA violets + 1 tube jaune.

LBM MULTISITE ALSACE ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG Grand Est
85-87 BOULEVARD LOBAU - CS 10720 - 54864 NANCY CEDEX

DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES : IMMUNO-HÉMATOLOGIE

IDENTIFICATION DU PATIENT
Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille
N° ENTREE NIP
NOM D'USAGE
NOM DE FAMILLE
PRÉNOM DATE DE NAISSANCE SEXE F ☐ M ☐
N° ordonnance
HOSPITALISÉ
Etablissement de soins
Unité fonctionnelle Tél.
AMBULATIF (informations complémentaires)
Adresse CP et Commune
Demande de tiers payant : joindre photocopie de la carte de Sécurité Sociale + feuille de soins signée par l'assuré(e) + ordonnance

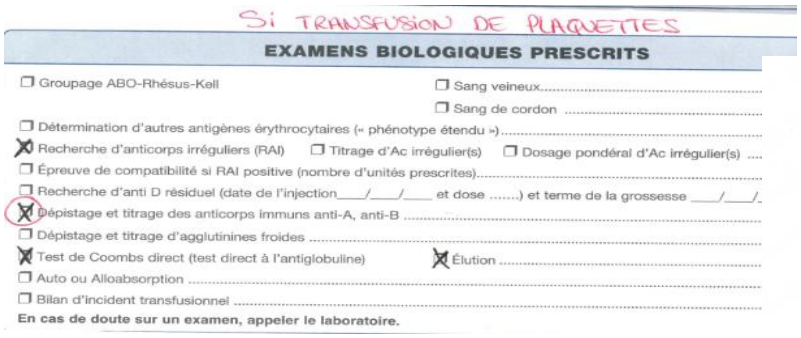
Date et heure du prélèvement :
Préleveur : nom, qualité, signature et n° d'identification professionnel :
Signature (obligatoire) :
Nom du prescripteur (majuscules) :

EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS
☐ Groupage ABO-Rhésus-Kell ☐ Sang veineux ☐ Sang de cordon — 1 tube EDTA 5 ml
☐ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (+ phénotype étendu →) — 1 tube EDTA 5 ml
☐ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) ☐ Titrage d'Ac irrégulier(s) ☐ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s) — 1 tube EDTA 5 ml (une chaque métier)
☒ Epreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites) — 1 tube EDTA 5 ml
☐ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection …/…/… et dose …) et terme de la grossesse …/…/… — 1 tube EDTA 5 ml
☐ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B — 1 tube EDTA 5 ml
☐ Dépistage et titrage d'agglutinines froides — 2 tubes EDTA 5 ml
☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) ☒ Elution — 1 tube EDTA 5 ml
☐ Auto ou Alloabsorption — 1 tube EDTA 5 ml ou 2 tubes EDTA 5 ml
☒ Bilan d'incident transfusionnel — 1 tube sec 7 ml + 2 tubes EDTA 5 ml
En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.

Renseignements cliniques succincts Date prévue pour la transfusion : …/…/… Urgence : cocher ici ☐
• Antécédents transfusionnels :
• Grossesses (antérieures, en cours) :
• Injection d'immunoglobulines anti D le … et dose :
• Anticorps immuns : joindre résultats ABORHK + RAI maman

Pour plus d'informations rendez-vous sur notre site www.efs.sante.fr/region/grand-est

11. *Cas particulier* : **en cas de transfusion de plaquettes**, cocher la case : dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B. Piquer un grand tube EDTA violet en plus.

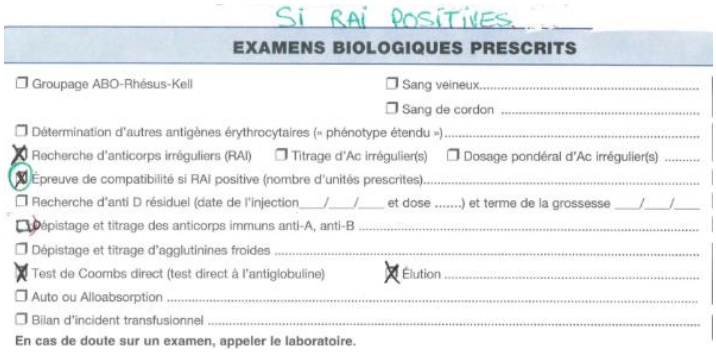

Si TRANSFUSION DE PLAQUETTES

**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

- ☐ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ☐ Sang veineux ..... — ☐ Sang de cordon .....
- ☐ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu ») .....
- ☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ☐ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ☐ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s) ....
- ☐ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites) .....
- ☐ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
- ☒ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B .....
- ☐ Dépistage et titrage d'agglutinines froides .....
- ☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution .....
- ☐ Auto ou Alloabsorption .....
- ☐ Bilan d'incident transfusionnel .....

**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

12. *Autre cas particulier* : **en cas de RAI positives pré transfusionnelles**, cocher la case : épreuve de compatibilité.


Si RAI POSITIVES

**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

- ☐ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ☐ Sang veineux ..... — ☐ Sang de cordon .....
- ☐ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu ») .....
- ☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ☐ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ☐ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s) .....
- ☒ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites) .....
- ☐ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
- ☐ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B .....
- ☐ Dépistage et titrage d'agglutinines froides .....
- ☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution .....
- ☐ Auto ou Alloabsorption .....
- ☐ Bilan d'incident transfusionnel .....

**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

13. Selon avis du médecin, faire également un <u>bilan de recherche Ac anti-HLA</u> (feuille violette disponible dans le trieur TRANSFUSION).
Piquer 2 tubes rouges.

EFS

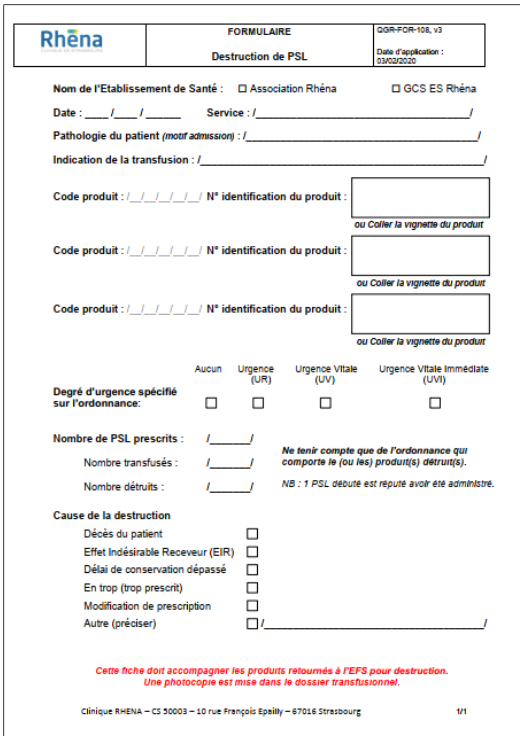
DEMANDE D'ANALYSES BIOLOGIQUES : LABORATOIRE HLA ET IMMUNOLOGIE LEUCOPLAQUETTAIRE

IDENTIFICATION DU PATIENT

ANALYSES BIOLOGIQUES PRESCRITES

14. Pour l'envoi des tubes à l'EFS (conservés à T°ambiante), **contacter le transporteur au 7021.**

15. **Prévenir l'EFS** au 03 88 21 25 01 et **lui adresser les poches** (vides ou non, conservées à +4° au frigo) de tous les PSL transfusés dans les 8 heures qui ont précédé l'EIR (dans leur emballage plastique).



Rhéna — FORMULAIRE — Destruction de PSL — QGR-FOR-108, v3 — Date d'application : 03/02/2020

Nom de l'Etablissement de Santé : ☐ Association Rhéna ☐ GCS ES Rhéna

Date : ___/___/_____ Service : /_____/

Pathologie du patient (motif admission) : /_____/

Indication de la transfusion : /_____/

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : (ou Coller la vignette du produit)

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : (ou Coller la vignette du produit)

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : (ou Coller la vignette du produit)

| Degré d'urgence spécifié sur l'ordonnance: | Aucun | Urgence (UR) | Urgence Vitale (UV) | Urgence Vitale Immédiate (UVI) |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Nombre de PSL prescrits : /_____/

Nombre transfusés : /_____/

Nombre détruits : /_____/

*Ne tenir compte que de l'ordonnance qui comporte le (ou les) produit(s) détruit(s).*

*NB : 1 PSL débuté est réputé avoir été administré.*

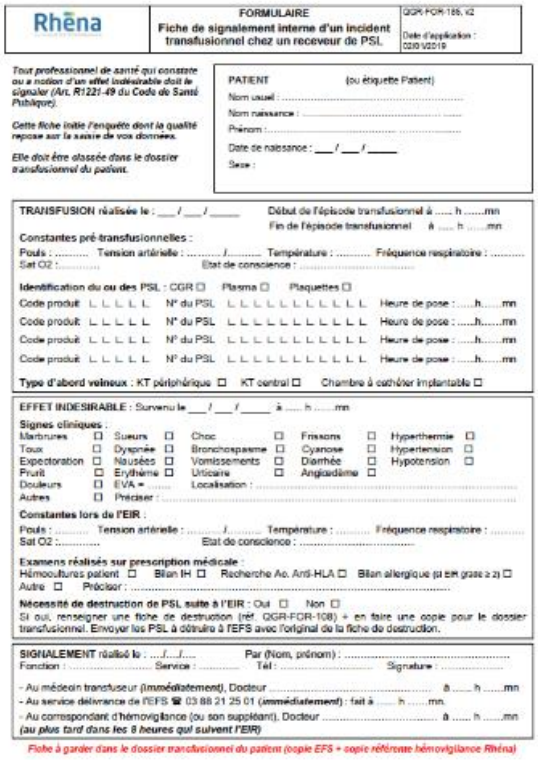
Cause de la destruction

- Décès du patient ☐
- Effet Indésirable Receveur (EIR) ☐
- Délai de conservation dépassé ☐
- En trop (trop prescrit) ☐
- Modification de prescription ☐
- Autre (préciser) ☐ /_____/

*Cette fiche doit accompagner les produits retournés à l'EFS pour destruction.*
*Une photocopie est mise dans le dossier transfusionnel.*

Clinique RHENA – CS 50003 – 10 rue François Epailly – 67016 Strasbourg 1/1

16. **Remplir la fiche de destruction**, disponible dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-108). Cette fiche doit accompagner les poches lors du renvoi à l'EFS par le transporteur. Faire une photocopie et la mettre dans le dossier transfusionnel.



Rhéna — FORMULAIRE — Fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL — QGR-FOR-185, v2 — Date d'application : 02/07/2019

*Tout professionnel de santé qui constate ou a notion d'un effet indésirable doit le signaler (Art. R1221-49 du Code de Santé Publique).*

*Cette fiche initie l'enquête dont la qualité repose sur la saisie de vos données.*

*Elle doit être classée dans le dossier transfusionnel du patient.*

PATIENT (ou étiquette Patient)

Nom usuel : .....

Nom naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ___/___/_____

Sexe :

TRANSFUSION réalisée le : ___/___/_____ Début de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn

Fin de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn

Constantes pré-transfusionnelles :

Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....

Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

Identification du ou des PSL : CGR ☐ Plasma ☐ Plaquettes ☐

Code produit L L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Type d'abord veineux : KT périphérique ☐ KT central ☐ Chambre à cathéter implantable ☐

EFFET INDESIRABLE : Survenu le ___/___/_____ à ..... h .....mn

Signes cliniques :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Marbrures | ☐ | Sueurs | ☐ | Choc | ☐ | Frissons | ☐ |
| Toux | ☐ | Dyspnée | ☐ | Bronchospasme | ☐ | Cyanose | ☐ |
| Expectoration | ☐ | Nausées | ☐ | Vomissements | ☐ | Diarrhée | ☐ |
| Prurit | ☐ | Erythème | ☐ | Urticaire | ☐ | Angiodème | ☐ |
| Douleurs | ☐ | EVA = ..... | | Localisation : ..... | | | |
| Autres | ☐ | Préciser : ..... | | | | | |

Hyperthermie ☐ Hypertension ☐ Hypotension ☐

Constantes lors de l'EIR :

Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....

Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

Examens réalisés sur prescription médicale :

Hémocultures patient ☐ Bilan IH ☐ Recherche Ac. Anti-HLA ☐ Bilan allergique (si EIR grade ≥ 2) ☐

Autre ☐ Préciser : .....

Nécessité de destruction de PSL suite à l'EIR : Oui ☐ Non ☐

Si oui, renseigner une fiche de destruction (réf. QGR-FOR-108) + en faire une copie pour le dossier transfusionnel. Envoyer les PSL à détruire à l'EFS avec l'original de la fiche de destruction.

SIGNALEMENT réalisé le : ...../...../..... Par (Nom, prénom) : .....

Fonction : ..... Service : ..... Tél : ..... Signature : .....

- Au médecin transfuseur (**immédiatement**), Docteur ..... à .....h .....mn
- Au service délivrance de l'EFS ☎ 03 88 21 25 01 (**immédiatement**) : fait à .....h .....mn.
- Au correspondant d'hémovigilance (ou son suppléant), Docteur ..... à .....h .....mn

*(au plus tard dans les 8 heures qui suivent l'EIR)*

*Fiche à garder dans le dossier transfusionnel du patient (copie EFS + copie référente hémovigilance Rhéna)*

17. **Remplir une fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL** présente dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-185). Cette fiche est à garder dans le dossier transfusionnel après avoir été **faxée à l'EFS** (sur le fax : INFO EFS)

18. **Signaler l'EIR aux référentes hémovigilance** par mail ou par téléphone au 38 61 dans un délai de 8 heures (+ au médecin correspondant si pas déjà fait).

19. **Tracer** cet incident et les contrôles effectués dans le dossier DxCare et dans le dossier transfusionnel.

## Œdème pulmonaire de surcharge (TACO) ou Œdème pulmonaire lésionnel (TRALI)

1. **Arrêter la transfusion du PSL en cours + clamper la tubulure ET garder la voie veineuse.**

2. Mettre le patient en position assise ou demie assise + oxygénothérapie.

3. **Contrôler et noter les paramètres vitaux** (T° - TA - pouls - SaO2 – FR).

4. **Contacter le médecin transfuseur** pour la prise en charge du patient **ou le médecin d'astreinte au 3939**. *En cas de doute sur une conduite à tenir*, **contacter l'EFS** au 03 88 21 25 01.

5. **Contacter un des deux médecins correspondants hémovigilance** de la clinique => Dr Hamidi 3957 ou Dr Meyer 4504 (si pas dispo, doivent être avertis dans un délai de 8 heures).

6. **Contrôler les concordances d'identité et le Dispositif de Contrôle Ultime Pré-transfusionnel (CUPT).**

7. Prise en charge éventuellement à prévoir :
   - Auscultation (notion de râles crépitants) + ECG
   - Diurétiques / vasodilatateur
   - Gazométrie artérielle (envoyer au labo de la clinique)
   - Radio pulmonaire + échographie cardiaque

**Si suspicion de TRALI :**

8. **Chercher le KIT TRALI dans le chariot d'urgence ou le tiroir transfusionnel.**

Composition du KIT TRALI :
- Sac plastique pour le(s) Produit(s) Sanguin(s) Labile(s) (PSL) incriminé(s)
- 1 bouchon rouge pour obturer l'extrémité du PSL
- 3 grands tubes EDTA violets
- 2 tubes jaunes
- 2 tubes rouges
- 1 tulipe
- 1 ailette
- 1 seringue de gazométrie

Conseil : prélever le patient avec la même ailette pour les différents bilans.

9. Faire remplir au médecin l'ordonnance QGR-DEX-035 disponible sur Ennov, prescription d'exploration des anticorps anti-granulocytes

DEMANDE D'EXAMENS

LABORATOIRE D'HISTOCOMPATIBILITE ET D'IMMUNOLOGIE LEUCO- PLAQUETTAIRE

10. Piquer 2 tubes jaunes + 3 grands tubes EDTA violets + 2 tubes rouges (bien remplis).

DEMANDE D'ANALYSES BIOLOGIQUES : LABORATOIRE HLA ET IMMUNOLOGIE LEUCOPLAQUETTAIRE

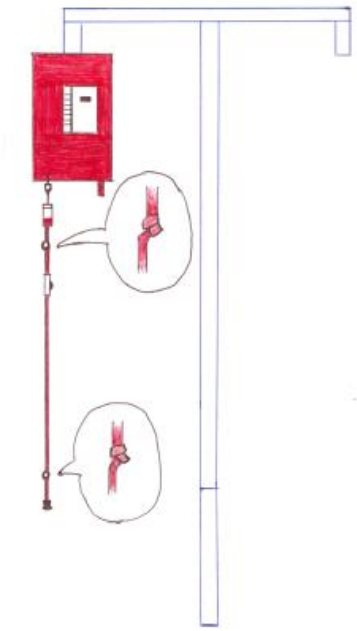
IDENTIFICATION DU PATIENT

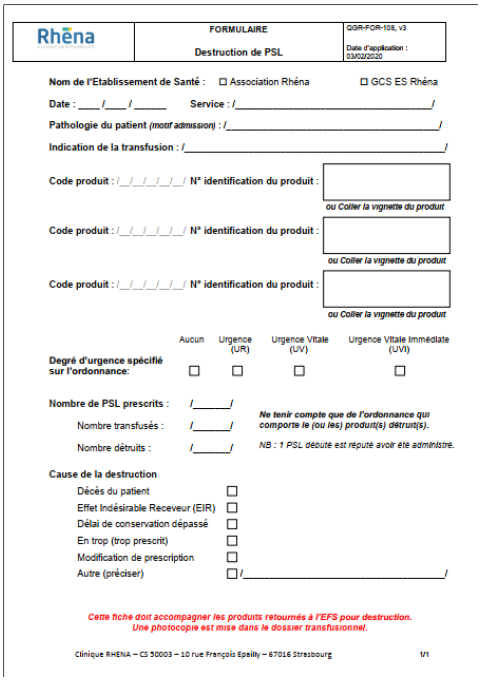
ANALYSES BIOLOGIQUES PRESCRITES

11. **Envoyer les 3 tubes EDTA + les 2 tubes jaunes + les 2 tubes rouges + l'ordo violette + 4 étiquettes patient + l'ordo QGR-DEX-035 à l'EFS de Strasbourg => appeler le transporteur au 7021.**

**Tous les tubes doivent être étiquetés avec l'identité du patient, l'heure et la date du prélèvement.**
**Tous les documents doivent comporter le nom de l'établissement, du service et du prescripteur.**

12. **Prévenir l'EFS** au 03 88 21 25 01 et **lui adresser les poches** (vides ou non, conservées à +4°au frigo) de tous les PSL transfusés dans les 8 heures qui ont précédé l'EIR après avoir fait **2 nœuds** (schéma ci-contre) dans leur emballage plastique.





FORMULAIRE — Destruction de PSL — QGR-FOR-108, v3 — Date d'application : 03/02/2020

Nom de l'Etablissement de Santé : ☐ Association Rhéna ☐ GCS ES Rhéna

Date : ___ / ___ / _____ Service : /_____/

Pathologie du patient *(motif admission)* : /_____/

Indication de la transfusion : /_____/

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

Degré d'urgence spécifié sur l'ordonnance : Aucun ☐ — Urgence (UR) ☐ — Urgence Vitale (UV) ☐ — Urgence Vitale Immédiate (UVI) ☐

Nombre de PSL prescrits : /_____/
Nombre transfusés : /_____/
Nombre détruits : /_____/

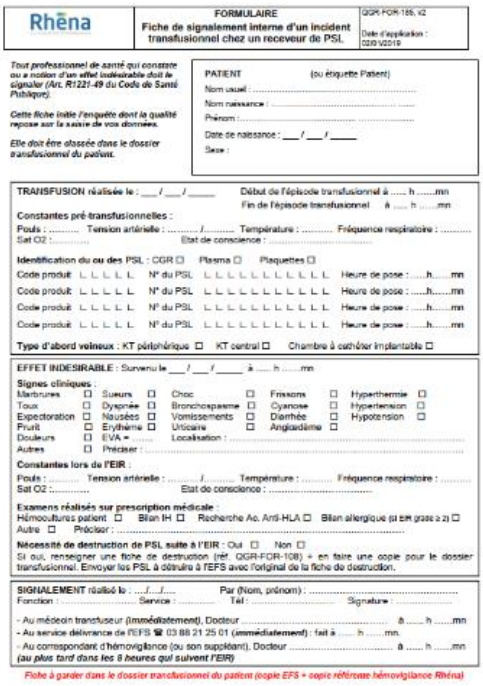
*Ne tenir compte que de l'ordonnance qui comporte le (ou les) produit(s) détruit(s).*
*NB : 1 PSL débuté est réputé avoir été administré.*

Cause de la destruction
- Décès du patient ☐
- Effet Indésirable Receveur (EIR) ☐
- Délai de conservation dépassé ☐
- En trop (trop prescrit) ☐
- Modification de prescription ☐
- Autre (préciser) ☐ /_____/

*Cette fiche doit accompagner les produits retournés à l'EFS pour destruction.*
*Une photocopie est mise dans le dossier transfusionnel.*

Clinique RHENA – CS 50003 – 10 rue François Epailly – 67016 Strasbourg — 1/1

13. **Remplir la fiche de destruction**, disponible dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-108). Cette fiche doit accompagner les poches lors du renvoi à l'EFS par le transporteur. Faire une photocopie et la mettre dans le dossier transfusionnel.



FORMULAIRE — Fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL — QGR-FOR-185, v2 — Date d'application : 02/01/2019

*Tout professionnel de santé qui constate ou a connaissance d'un effet indésirable doit le signaler (Art. R1221-49 du Code de Santé Publique).*
*Cette fiche initie l'enquête dont la qualité repose sur la saisie de vos données.*
*Elle doit être classée dans le dossier transfusionnel du patient.*

PATIENT (ou étiquette Patient)
Nom usuel : .....
Nom naissance : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ___ / ___ / ____
Sexe :

TRANSFUSION réalisée le : ___ / ___ / ____ Début de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn
Fin de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn
Constantes pré-transfusionnelles :
Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....
Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....
Identification du ou des PSL : CGR ☐ Plasma ☐ Plaquettes ☐
Code produit L L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn
Code produit L L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn
Code produit L L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn
Code produit L L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn
Type d'abord veineux : KT périphérique ☐ KT central ☐ Chambre à cathéter implantable ☐

EFFET INDESIRABLE : Survenu le ___ / ___ / ____ à ..... h .....mn
Signes cliniques :
Marbrures ☐ Sueurs ☐ Choc ☐ Frissons ☐ Hyperthermie ☐
Toux ☐ Dyspnée ☐ Bronchospasme ☐ Cyanose ☐ Hypertension ☐
Expectoration ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐ Hypotension ☐
Prurit ☐ Erythème ☐ Urticaire ☐ Angiœdème ☐
Douleurs ☐ EVA = ..... Localisation : .....
Autres ☐ Préciser : .....
Constantes lors de l'EIR :
Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....
Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....
Examens réalisés sur prescription médicale :
Hémocultures patient ☐ Bilan IH ☐ Recherche Ac. Anti-HLA ☐ Bilan allergique (si EIR grade ≥ 2) ☐
Autre ☐ Préciser : .....
Nécessité de destruction de PSL suite à l'EIR : Oui ☐ Non ☐
Si oui, renseigner une fiche de destruction (réf. QGR-FOR-108) + en faire une copie pour le dossier transfusionnel. Envoyer les PSL à détruire à l'EFS avec l'original de la fiche de destruction.

SIGNALEMENT réalisé le : ...../...../..... Par (Nom, prénom) : .....
Fonction : ..... Service : ..... Tél : ..... Signature : .....
- Au médecin transfuseur (*immédiatement*), Docteur ..... à ..... h .....mn
- Au service délivrance de l'EFS ☎ 03 88 21 25 01 (*immédiatement*) : fait à ..... h .....mn
- Au correspondant d'hémovigilance (ou son suppléant), Docteur ..... à ..... h .....mn

*(au plus tard dans les 8 heures qui suivent l'EIR)*

*Fiche à garder dans le dossier transfusionnel du patient (copie EFS + copie référente hémovigilance Rhéna)*

14. **Remplir une fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL** présente dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-185). Cette fiche est à garder dans le dossier transfusionnel après avoir été **faxée à l'EFS** (sur le fax : INFO EFS)

15. **Signaler l'EIR aux référentes hémovigilance** par mail ou par téléphone au 38 61 dans un délai de 8 heures (+ au médecin correspondant si pas déjà fait).

16. **Tracer** cet incident et les contrôles effectués dans le dossier DxCare et dans le dossier transfusionnel.

| Rhéna CLINIQUE DE STRASBOURG | **MODE OPERATOIRE**<br><br>**Transfusion : Effet Indésirable chez un Receveur (EIR) de Produit Sanguin Labile (PSL) : Conduites à tenir** | QGR-MO-327, v3<br><br>Date d'application : Date |
|---|---|---|
| Rédaction : Delphine BLANGENWITSCH (référente hémovigilance), Clio REININGER (référente hémovigilance)<br><br>Le : | Approbation :<br><br>Par : Sébastien BRESSOLIER (Directeur Général Adjoint), Armine HAMIDI (Médecin correspondant Hémovigilance)<br><br>Le : | Vérification :<br><br>Par : Caroline DEAU (Directrice Qualité et Affaires Réglementaires) |

## Allergie

1. **Arrêter la transfusion du PSL en cours + clamper la tubulure ET garder la voie veineuse.**

2. **Contrôler et noter les paramètres vitaux** (T° - TA - pouls - SaO2 – FR).

3. **Contacter le médecin transfuseur** pour la prise en charge du patient **ou le médecin d'astreinte au 3939**. *En cas de doute sur une conduite à tenir*, **contacter l'EFS** au 03 88 21 25 01.

4. **Contacter un des deux médecins correspondants hémovigilance** de la clinique => Dr Hamidi 3957 ou Dr Meyer 4504 (si pas dispo, doivent être avertis dans un délai de 8 heures).

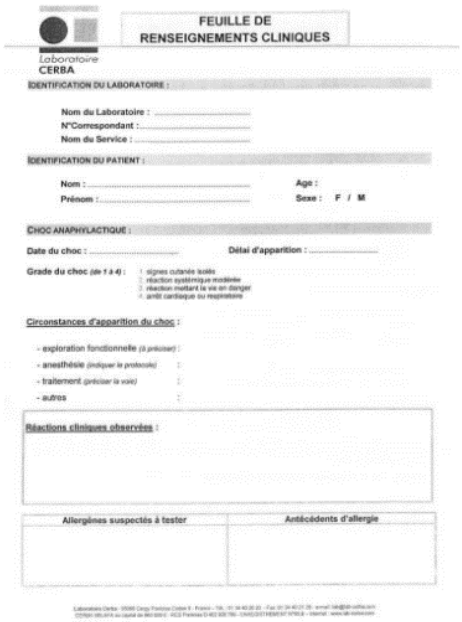
5. **Contrôler les concordances d'identité et le Dispositif de Contrôle Ultime Pré-transfusionnel (CUPT).**

6. Chercher le KIT CHOC ANAPHYLACTIQUE dans le chariot d'urgence.

7. <u>T1 : 10 à 30 min après les symptômes</u> :

   - Prélever 2 tubes : 1 grand tube EDTA violet (HISTAMINE et TRYPTASE) + 1 tube rouge IGE Spécifiques.

   - Coller une étiquette patient sur chaque tube.
   - Remplir les rubriques sur la feuille de renseignements du laboratoire.
   - Mettre les 2 tubes et la fiche dans le sachet **T1** et l'envoyer au laboratoire via le pneumatique.


FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Laboratoire CERBA

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE :

Nom du Laboratoire : .....
N°Correspondant : .....
Nom du Service : .....

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom : ..... Age :
Prénom : ..... Sexe : F / M

CHOC ANAPHYLACTIQUE :

Date du choc : ..... Délai d'apparition : .....

Grade du choc (de 1 à 4) : 1 : signes cutanés isolés
2 : réaction systémique modérée
3 : réaction mettant la vie en danger
4 : arrêt cardiaque ou respiratoire

Circonstances d'apparition du choc :

- exploration fonctionnelle (à préciser) :
- anesthésie (indiquer le protocole) :
- traitement (préciser la voie) :
- autres :

Réactions cliniques observées :

| Allergènes suspectés à tester | Antécédents d'allergie |
|---|---|
| | |

8. <u>T2 : entre 1h30 et 3h après les premiers symptômes</u> :

- Prélever 1 grand tube EDTA violet (HISTAMINE et TRYPTASE)

- Coller une étiquette patient sur le tube.
- Remplir les rubriques sur la feuille de renseignements du laboratoire.
- Mettre le tube et la fiche dans le sachet **T2** et l'envoyer au laboratoire via le pneumatique.

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Laboratoire CERBA

IDENTIFICATION DU LABORATOIRE :

Nom du Laboratoire : .....
N°Correspondant : .....
Nom du Service : .....

IDENTIFICATION DU PATIENT :

Nom : ..... Age :
Prénom : ..... Sexe : F / M

CHOC ANAPHYLACTIQUE :

Date du choc : ..... Délai d'apparition : .....

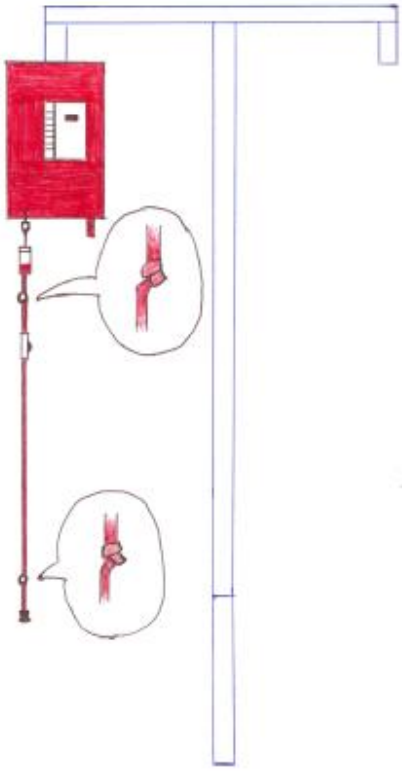
Grade du choc (de 1 à 4) : 1 : signes cutanés isolés
2 : réaction systémique modérée
3 : réaction mettant la vie en danger
4 : arrêt cardiaque ou respiratoire

Circonstances d'apparition du choc :

- exploration fonctionnelle (à préciser) :
- anesthésie (indiquer le protocole) :
- traitement (préciser la voie) :
- autres :

Réactions cliniques observées :

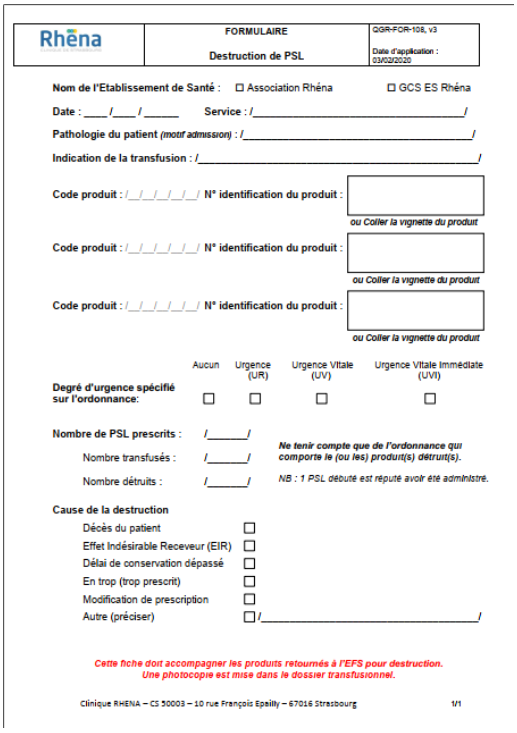
| Allergènes suspectés à tester | Antécédents d'allergie |
|---|---|
| | |



9. **Prévenir l'EFS** au 03 88 21 25 01 et **lui adresser les poches** (vides ou non, <u>conservées à +4°C au frigo</u>) de tous les PSL transfusés dans les 8 heures qui ont précédé l'EIR après avoir fait **2 nœuds** (schéma ci-contre) dans leur emballage plastique.

| | | |
|---|---|---|
| Rhéna CLINIQUE DE STRASBOURG | **MODE OPERATOIRE**<br><br>**Transfusion : Effet Indésirable chez un Receveur (EIR) de Produit Sanguin Labile (PSL) : Conduites à tenir** | QGR-MO-327, v3<br><br>Date d'application : Date |
| Rédaction : Delphine BLANGENWITSCH (référente hémovigilance), Clio REININGER (référente hémovigilance)<br><br>Le : | Approbation :<br><br>Par : Sébastien BRESSOLIER (Directeur Général Adjoint), Armine HAMIDI (Médecin correspondant Hémovigilance)<br><br>Le : | Vérification :<br><br>Par : Caroline DEAU (Directrice Qualité et Affaires Réglementaires) |

10. **Remplir la fiche de destruction**, disponible dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-108). Cette fiche doit accompagner les poches lors du renvoi à l'EFS par le transporteur. Faire une photocopie et la mettre dans le dossier transfusionnel.



Rhéna — FORMULAIRE — Destruction de PSL — QGR-FOR-108, v3 — Date d'application : 03/02/2020

Nom de l'Etablissement de Santé : ☐ Association Rhéna ☐ GCS ES Rhéna

Date : ___ /___ / _____ Service : /_____/

Pathologie du patient *(motif admission)* : /_____/

Indication de la transfusion : /_____/

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

Code produit : /_/_/_/_/_/_/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

| Degré d'urgence spécifié sur l'ordonnance: | Aucun | Urgence (UR) | Urgence Vitale (UV) | Urgence Vitale Immédiate (UVI) |
|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Nombre de PSL prescrits : /_____/

Nombre transfusés : /_____/

Nombre détruits : /_____/

*Ne tenir compte que de l'ordonnance qui comporte le (ou les) produit(s) détruit(s).*

*NB : 1 PSL débuté est réputé avoir été administré.*

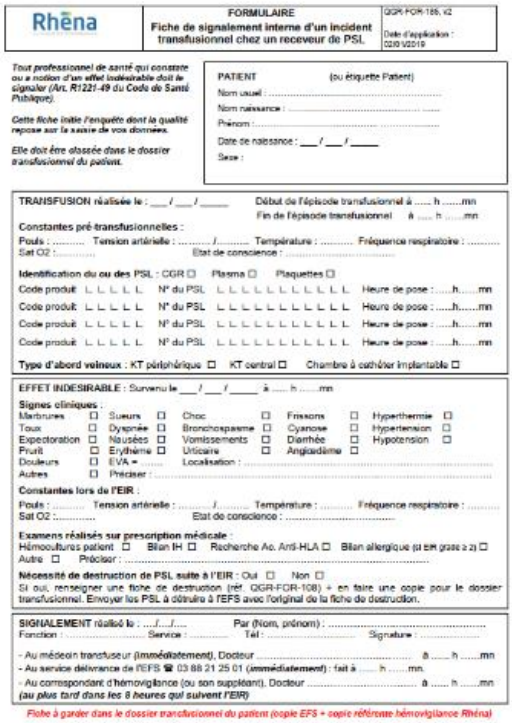
Cause de la destruction

- Décès du patient ☐
- Effet Indésirable Receveur (EIR) ☐
- Délai de conservation dépassé ☐
- En trop (trop prescrit) ☐
- Modification de prescription ☐
- Autre (préciser) ☐ /_____/

*Cette fiche doit accompagner les produits retournés à l'EFS pour destruction. Une photocopie est mise dans le dossier transfusionnel.*

Clinique RHENA – CS 50003 – 10 rue François Epailly – 67016 Strasbourg 1/1

11. **Remplir une fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL** présente dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-185). Cette fiche est à garder dans le dossier transfusionnel après avoir été **faxée à l'EFS** (sur le fax : INFO EFS)



Rhéna — FORMULAIRE — Fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL — QGR-FOR-185, v2 — Date d'application : 02/01/2019

*Tout professionnel de santé qui constate ou a notion d'un effet indésirable doit le signaler (Art. R1221-49 du Code de Santé Publique).*

*Cette fiche initie l'enquête dont la qualité repose sur la saisie de vos données.*

*Elle doit être classée dans le dossier transfusionnel du patient.*

PATIENT (ou étiquette Patient)

Nom usuel : .....

Nom naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Sexe :

TRANSFUSION réalisée le : ___ / ___ / _____ Début de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn

Fin de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn

Constantes pré-transfusionnelles :

Pouls : ..... Tension artérielle : ..... / ..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....

Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

Identification du ou des PSL : CGR ☐ Plasma ☐ Plaquettes ☐

Code produit L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Type d'abord veineux : KT périphérique ☐ KT central ☐ Chambre à cathéter implantable ☐

EFFET INDESIRABLE : Survenu le ___ / ___ / _____ à ..... h .....mn

Signes cliniques :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Marbrures | ☐ | Sueurs | ☐ | Choc | ☐ | Frissons | ☐ |
| Toux | ☐ | Dyspnée | ☐ | Bronchospasme | ☐ | Cyanose | ☐ |
| Expectoration | ☐ | Nausées | ☐ | Vomissements | ☐ | Diarrhée | ☐ |
| Prurit | ☐ | Erythème | ☐ | Urticaire | ☐ | Angiocdème | ☐ |
| Douleurs | ☐ | EVA = ..... | | Localisation : ..... | | | |
| Autres | ☐ | Préciser : ..... | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Hyperthermie | ☐ | Hypertension | ☐ | | |
| Hypotension | ☐ | | | | |

Constantes lors de l'EIR :

Pouls : ..... Tension artérielle : ..... / ..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....

Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

Examens réalisés sur prescription médicale :

Hémocultures patient ☐ Bilan IH ☐ Recherche Ac. Anti-HLA ☐ Bilan allergique (si EIR grade ≥ 2) ☐

Autre ☐ Préciser : .....

Nécessité de destruction de PSL suite à l'EIR : Oui ☐ Non ☐

Si oui, renseigner une fiche de destruction (réf. QGR-FOR-108) + en faire une copie pour le dossier transfusionnel. Envoyer les PSL à détruire à l'EFS avec l'original de la fiche de destruction.

SIGNALEMENT réalisé le : ...../...../..... Par (Nom, prénom) : .....

Fonction : ..... Service : ..... Tél : ..... Signature : .....

- Au médecin transfuseur (*immédiatement*), Docteur ..... à ..... h .....mn
- Au service délivrance de l'EFS ☎ 03 88 21 25 01 (*immédiatement*) : fait à ..... h .....mn.
- Au correspondant d'hémovigilance (ou son suppléant), Docteur ..... à ..... h .....mn

*(au plus tard dans les 8 heures qui suivent l'EIR)*

*Fiche à garder dans le dossier transfusionnel du patient (copie EFS + copie référente hémovigilance Rhéna)*

12. **Signaler l'EIR aux référentes hémovigilance** par mail ou par téléphone au 38 61 dans un délai de 8 heures (+ au médecin correspondant si pas déjà fait).

13. **Tracer** cet incident et les contrôles effectués dans le dossier DxCare et dans le dossier transfusionnel.

## Incompatibilité immunologique

1. **Arrêter la transfusion du PSL en cours + clamper la tubulure ET garder la voie veineuse.**

2. **Contrôler et noter les paramètres vitaux** (T° - TA - pouls - SaO2 – FR).

3. **Contacter le médecin transfuseur** pour la prise en charge du patient **ou le médecin d'astreinte au 3939**. *En cas de doute sur une conduite à tenir*, **contacter l'EFS** au 03 88 21 25 01.

4. **Contacter un des deux médecins correspondants hémovigilance** de la clinique => Dr Hamidi 3957 ou Dr Meyer 4504 (si pas dispo, doivent être avertis dans un délai de 8 heures).

5. **Contrôler les concordances d'identité et le Dispositif de Contrôle Ultime Pré-transfusionnel (CUPT).**

   Conseil : prélever le patient avec la même ailette pour les différents bilans.

6. Faire remplir au médecin un bilan immuno-hématologique (feuille bleue disponible dans le trieur TRANSFUSION) et cocher : RAI + Test de Coombs + Elution

7. Piquer un bilan avec 2 grands tubes violets EDTA.

LBM MULTISITE ALSACE ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG Grand Est
85-87 BOULEVARD LOBAU - CS 10720 - 54064 NANCY CEDEX

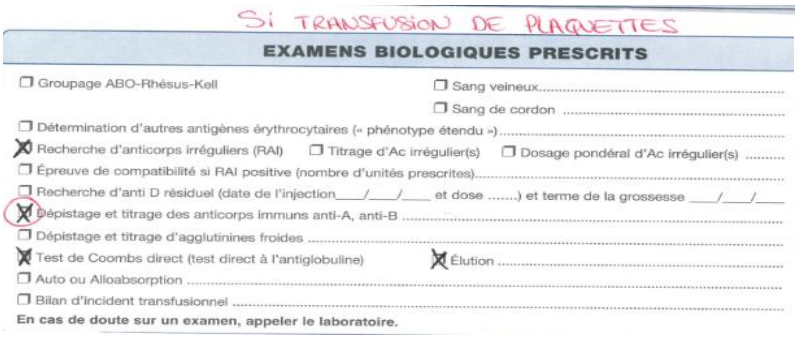
DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES : IMMUNO-HÉMATOLOGIE

IDENTIFICATION DU PATIENT
Remplir au coller une étiquette sur chaque feuille

N° ordonnance

EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS

8. *Cas particulier* : **en cas de transfusion de plaquettes**, cocher la case : dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B. Piquer un grand tube EDTA violet en plus.

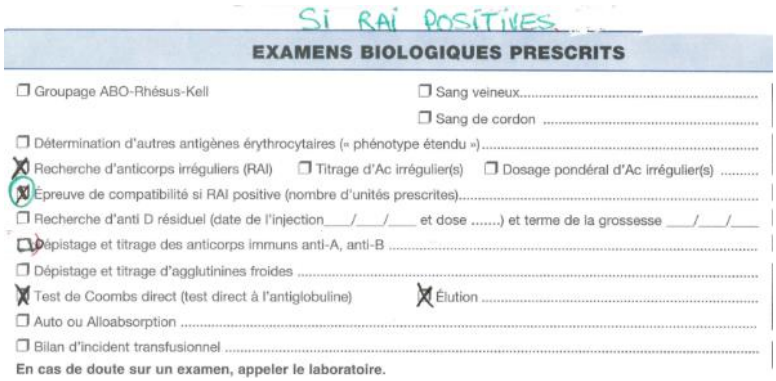

Si TRANSFUSION DE PLAQUETTES

**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

- ❒ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ❒ Sang veineux ; ❒ Sang de cordon
- ❒ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu »)
- ☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ❒ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ❒ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s)
- ❒ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites)
- ❒ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
- ☒ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B
- ❒ Dépistage et titrage d'agglutinines froides
- ☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution
- ❒ Auto ou Alloabsorption
- ❒ Bilan d'incident transfusionnel

**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

9. *Autre cas particulier* : **en cas de RAI positives pré transfusionnelles**, cocher la case : épreuve de compatibilité. Piquer un grand tube EDTA violet en plus.


Si RAI POSITIVES

**EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRITS**

- ❒ Groupage ABO-Rhésus-Kell — ❒ Sang veineux ; ❒ Sang de cordon
- ❒ Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (« phénotype étendu »)
- ☒ Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) — ❒ Titrage d'Ac irrégulier(s) — ❒ Dosage pondéral d'Ac irrégulier(s)
- ☒ Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites)
- ❒ Recherche d'anti D résiduel (date de l'injection ___/___/___ et dose .....) et terme de la grossesse ___/___/___
- ❒ Dépistage et titrage des anticorps immuns anti-A, anti-B
- ❒ Dépistage et titrage d'agglutinines froides
- ☒ Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline) — ☒ Élution
- ❒ Auto ou Alloabsorption
- ❒ Bilan d'incident transfusionnel

**En cas de doute sur un examen, appeler le laboratoire.**

10. Selon avis du médecin, faire également un <u>bilan de recherche Ac anti-HLA</u> (feuille violette disponible dans le trieur TRANSFUSION).
Piquer 2 tubes rouges.

EFS

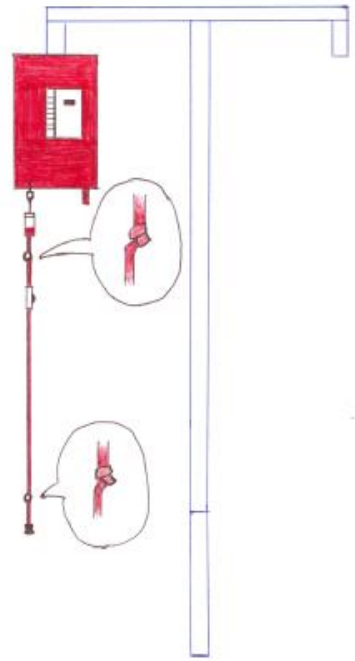
DEMANDE D'ANALYSES BIOLOGIQUES : LABORATOIRE HLA ET IMMUNOLOGIE LEUCOPLAQUETTAIRE

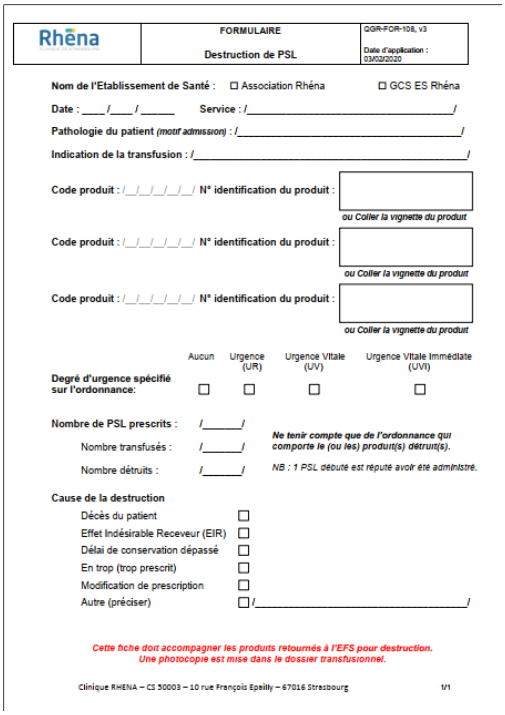
IDENTIFICATION DU PATIENT

ANALYSES BIOLOGIQUES PRESCRITES

11. Pour l'envoi des tubes à l'EFS (conservés à T°ambiante), **contacter le transporteur au 7021.**

12. **Prévenir l'EFS** au 03 88 21 25 01 et si besoin lui adresser les poches (vides ou non, conservées à +4°C au frigo) de tous les PSL transfusés dans les 8 heures qui ont précédé l'EIR après avoir fait **2 nœuds** (schéma ci-contre) dans leur emballage plastique.





Rhéna | FORMULAIRE – Destruction de PSL | QGR-FOR-108, v3 | Date d'application : 03/02/2020

Nom de l'Etablissement de Santé : ☐ Association Rhéna ☐ GCS ES Rhéna

Date : ___/___/_____ Service : /_____/

Pathologie du patient *(motif admission)* : /_____/

Indication de la transfusion : /_____/

Code produit : /__/__/__/__/__/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

Code produit : /__/__/__/__/__/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

Code produit : /__/__/__/__/__/ N° identification du produit : *ou Coller la vignette du produit*

Degré d'urgence spécifié sur l'ordonnance: Aucun ☐ | Urgence (UR) ☐ | Urgence Vitale (UV) ☐ | Urgence Vitale Immédiate (UVI) ☐

Nombre de PSL prescrits : /_____/

Nombre transfusés : /_____/ *Ne tenir compte que de l'ordonnance qui comporte le (ou les) produit(s) détruit(s).*

Nombre détruits : /_____/ *NB : 1 PSL débuté est réputé avoir été administré.*

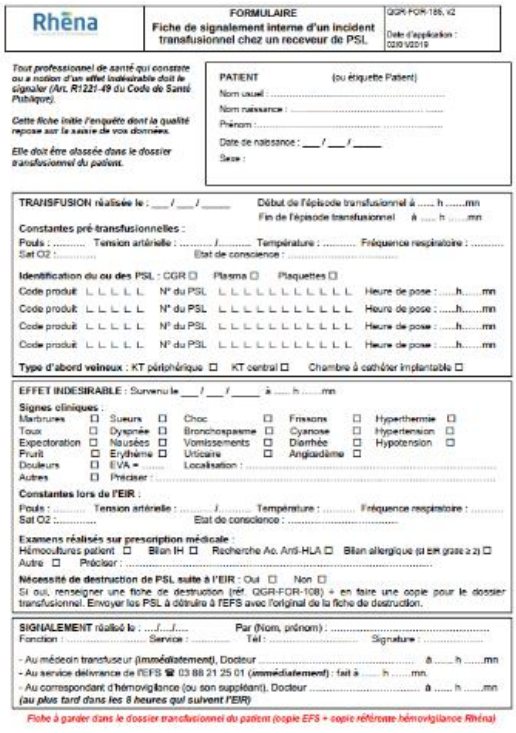
Cause de la destruction

- Décès du patient ☐
- Effet Indésirable Receveur (EIR) ☐
- Délai de conservation dépassé ☐
- En trop (trop prescrit) ☐
- Modification de prescription ☐
- Autre (préciser) ☐ /_____/

*Cette fiche doit accompagner les produits retournés à l'EFS pour destruction. Une photocopie est mise dans le dossier transfusionnel.*

Clinique RHENA – CS 50003 – 10 rue François Epailly – 67016 Strasbourg 1/1

13. *Si le renvoi des poches est nécessaire*, **remplir la fiche de destruction**, disponible dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-108). Cette fiche doit accompagner les poches lors du renvoi à l'EFS par le transporteur. Faire une photocopie et la mettre dans le dossier transfusionnel.



Rhéna | FORMULAIRE – Fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL | QGR-FOR-185, v2 | Date d'application : 02/01/2019

*Tout professionnel de santé qui constate ou a connaissance d'un effet indésirable doit le signaler (Art. R1221-49 du Code de Santé Publique).*

*Cette fiche initie l'enquête dont la qualité repose sur la saisie de vos données.*

*Elle doit être classée dans le dossier transfusionnel du patient.*

PATIENT (ou étiquette Patient)

Nom usuel : .....

Nom naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ___/___/_____

Sexe :

TRANSFUSION réalisée le : ___/___/_____ Début de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn

Fin de l'épisode transfusionnel à ..... h .....mn

Constantes pré-transfusionnelles :

Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....

Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

Identification du ou des PSL : CGR ☐ Plasma ☐ Plaquettes ☐

Code produit L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Code produit L L L L L N° du PSL L L L L L L L L L L L Heure de pose : .....h.....mn

Type d'abord veineux : KT périphérique ☐ KT central ☐ Chambre à cathéter implantable ☐

EFFET INDESIRABLE : Survenu le ___/___/_____ à ..... h .....mn

Signes cliniques :

Marbrures ☐ Sueurs ☐ Choc ☐ Frissons ☐ Hyperthermie ☐

Toux ☐ Dyspnée ☐ Bronchospasme ☐ Cyanose ☐ Hypertension ☐

Expectoration ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐ Hypotension ☐

Prurit ☐ Erythème ☐ Urticaire ☐ Angiœdème ☐

Douleurs ☐ EVA = ..... Localisation : .....

Autres ☐ Préciser : .....

Constantes lors de l'EIR :

Pouls : ..... Tension artérielle : ...../..... Température : ..... Fréquence respiratoire : .....

Sat O2 : ..... Etat de conscience : .....

Examens réalisés sur prescription médicale :

Hémocultures patient ☐ Bilan IH ☐ Recherche Ac. Anti-HLA ☐ Bilan allergique (si EIR grade ≥ 2) ☐

Autre ☐ Préciser : .....

Nécessité de destruction de PSL suite à l'EIR : Oui ☐ Non ☐

Si oui, renseigner une fiche de destruction (réf. QGR-FOR-108) + en faire une copie pour le dossier transfusionnel. Envoyer les PSL à détruire à l'EFS avec l'original de la fiche de destruction.

SIGNALEMENT réalisé le : ...../...../..... Par (Nom, prénom) : .....

Fonction : ..... Service : ..... Tél : ..... Signature : .....

- Au médecin transfuseur (*immédiatement*), Docteur ..... à .....h .....mn
- Au service délivrance de l'EFS ☎ 03 88 21 25 01 (*immédiatement*) : fait à .....h .....mn.
- Au correspondant d'hémovigilance (ou son suppléant), Docteur ..... à .....h .....mn

*(au plus tard dans les 8 heures qui suivent l'EIR)*

*Fiche à garder dans le dossier transfusionnel du patient (copie EFS + copie référente hémovigilance Rhéna)*

14. **Remplir une fiche de signalement interne d'un incident transfusionnel chez un receveur de PSL** présente dans le trieur TRANSFUSION (ou sur Ennov : QGR-FOR-185). Cette fiche est à garder dans le dossier transfusionnel après avoir été **faxée à l'EFS** (sur le fax : INFO EFS)

15. **Signaler l'EIR aux référentes hémovigilance** par mail ou par téléphone au 38 61 dans un délai de 8 heures (+ médecin correspondant si pas déjà fait).

16. **Tracer** cet incident et les contrôles effectués dans le dossier DxCare et dans le dossier transfusionnel.