

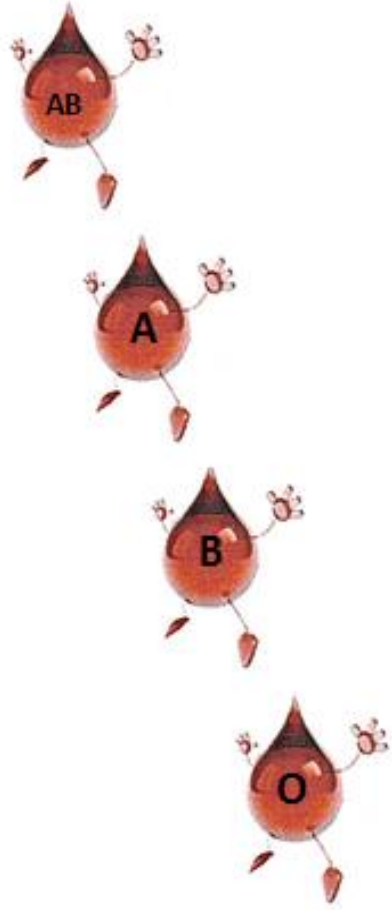


HÉMOVIGILANCE ET SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

IFSI VINATIER 2026



PLAN

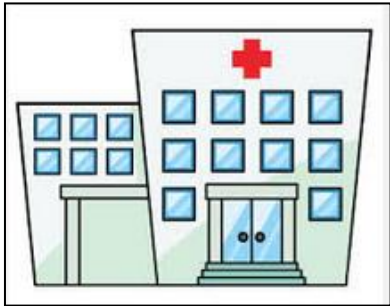


- ❖ La chaîne transfusionnelle
- ❖ Législation
- ❖ Hémovigilance, EFS, les PSL
Responsabilités en transfusion.
- ❖ Immuno-hématologie
- ❖ **Les 4 Fiches de l'instruction du 16/11/2021 :**
 - Le groupe sanguin et la RAI
 - La commande de PSL et le transport
 - La réception et les vérifications
 - L'acte transfusionnel
- ❖ Les effets indésirables receveur (EIR)
- ❖ La traçabilité
- ❖ Les cartes de contrôle ultime pré transfusionnel

Les mentions entre guillemets et en italique sont extraites de l'Instruction N° DGS_PP4_DGOS_PF2_2021_230 du 16 novembre 2021 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel

La CHAÎNE TRANSFUSIONNELLE

ETABLISSEMENT de SANTE (ES)



DONNEUR

Préparation des produits sanguins labiles

- Prélèvement
- Numéro du don
- Contrôles
- Qualifications
- Étiquetage code-barres

Délivrance nominative

Transport

Vérification pré-transfusionnelle

Transfusion
Surveillance
Suivi du patient

Traçabilité

Archivage

RECEVEUR

Hémovigilance ES

Examens
Immuno-hématologiques

Indication
Information du patient
Prescription

Effet Indésirable Receveur immédiat

Déclaration par le service

Effet Indésirable Receveur retardé

EIR



Législation

➤ 1900 : Découverte des groupes sanguins A B O

➤ Loi de 1952 : Organisation de la transfusion : éthique du don, ...

Affaire « du Sang contaminé » :

➤ Loi **du 4 janvier 1993** : Sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicaments

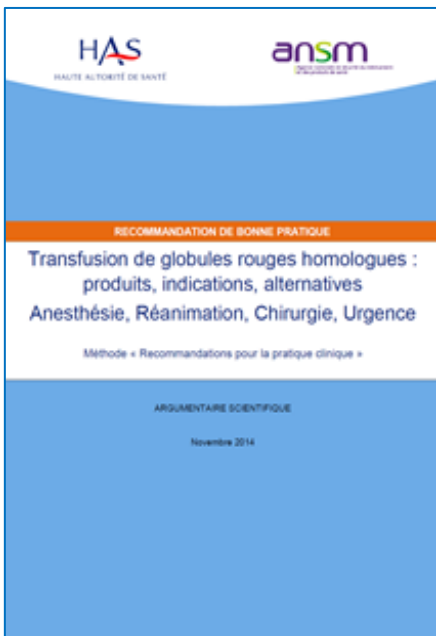
➤ Décret **du 24 janvier 1994** : Mise en place de l'HÉMOVIGILANCE

➤ Loi du 1^o juillet 1998 : Renforcement de la veille sanitaire et du contrôle des produits destinés à l'homme : création de l'Institut National de Veille Sanitaire

➤ En 2000 : Nationalisation de la transfusion avec la création de l'EFS

➤ Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS N° 03/582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel

➤ **INSTRUCTION N° DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021** relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.



Coordonnateur régional



Comité de Sécurité Transfusionnelle Et d'Hémovigilance

INSTRUCTION N° DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.



SERVICES



Unité d'Hémovigilance
Un correspondant dans chaque établissement de santé :
médecin,
IDE, IDE spécialisée, SF

L'unité d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle

DEFINITION :

L'**Hémovigilance** a pour objet l'ensemble des procédures de surveillance, d'évaluation et de prévention des incidents et effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de Produits Sanguins Labiles

MISSIONS :

- Traçabilité des PSL, information et suivi du patient transfusé dans l'ES
- Application des règles de sécurité transfusionnelle : protocoles, bonnes pratiques de prescription et de transfusion
- Déclaration des Effets Indésirables Receveur à l' **ansm** :
FEIR : *Fiche Effet Indésirable Receveur*
- Gestion des risques
- Conseil et communication avec les unités de soins
- Formation, etc.

TRACABILITE :

Possibilité à partir d'une identification enregistrée, de retrouver :

- l'historique, l'utilisation et la localisation de PSL à toutes les étapes de préparation, de distribution
- tous les receveurs auxquels le PSL a été administré



Maison du Don
à la Part-Dieu
depuis le 16
janvier 2024

Maison du Don
à Confluence

DON :

- ❖ Bénévole
- ❖ Volontaire
- ❖ Anonyme



Accueil du DONNEUR :

- ❖ Information et identification
- ❖ Entretien : protection du Donneur et du Receveur

Aptitude au DON

- ❖ Examen clinique
- ❖ Examens biologiques



TRACABILITE

- ❖ A partir du don
- ❖ Code barre



Information préalable au don

Vous allez donner votre sang.
Au nom du million de patients qui chaque année a besoin d'une transfusion sanguine ou de médicaments dérivés du sang, nous vous en remercions.

INFORMATIONS SUR LE SANG
Le sang est composé de cellules (globules rouges, globules blancs et plaquettes) baignant dans un liquide (le plasma) riche en protéines (albumine, immunoglobulines, facteurs de coagulation...).

LES DIFFÉRENTS TYPES DE DON
Le matériel de prélèvement (sac, tube et poche) est stérile et à usage unique. Le prélèvement est effectué dans des conditions strictes d'hygiène par une personne spécialement qualifiée. Pour chaque type de don des tubes échantillons permettent d'effectuer des contrôles biologiques.

Le don de sang total
Le don de sang total permet la préparation d'un concentré de globules rouges, d'un concentré de plaquettes et d'une unité de plasma. Le plasma permet aussi la préparation de bio-médicaments. Le don dure 8 à 12 minutes pour un volume de moins de 500 ml.

Le don par apheresèse
Le principe du prélèvement par apheresèse est de séparer les différents composants du sang (plasma, plaquettes, globules rouges) et de les recueillir en quantité plus importante que celle obtenue à partir d'un don de sang total.

1 Vous êtes accueilli(e) et inscrit(e) pour votre don.

2 Vous remplissez le questionnaire.

3 Vous rencontrez le médecin ou l'infirmier(e) pour l'entretien préalable au don.

4 Vous effectuez votre don de sang, de plaquettes, de plasma.

5 Vous êtes accueilli(e) dans l'espace repos où une collation est offerte.

Des bénévoles, membres d'associations de donneurs de sang, assurent parfois l'accueil des donneurs et peuvent servir la collation. Leur présence participe à faire du don de sang un moment convivial.

INFORMATION PRÉALABLE AU DON
don@sang.efs.sante.fr

Missions de l'EFS :

- ❖ Collecte du sang humain ou de ses composants et suivi des donneurs
- ❖ Qualification Biologique du Don
- ❖ Préparation et conservation des PSL
- ❖ Distribution (Délivrance) des PSL
- ❖ Transmissions à l'Hémovigilance des ES
- ❖ Autres : recherche, banque de sang rare, etc.

Produits Sanguins

LABILES : PSL



Délivrés par :

CGR : Concentré de Globules Rouges

PFC : Plasma Frais Congelé

CP : Concentré de Plaquettes

Médicaments Dérivés du Sang MDS

Produits sanguins **STABLES :**



Délivrés par : **PHARMACIE**

Albumine
ImmunoGlobulines
Facteurs de coagulation,...



HEMOVIGILANCE



PHARMACIE

Indications et Prix

CGR : 214 €

Correction de l'ANÉMIE (<70 d'Hb/L)

«irradié » « compatibilisé »... « CMV » supprimé en Février 2015

Plasma Frais Congelé : 113 €

Traitement des DÉFICITS en FACTEURS de COAGULATION

Concentrés de Plaquettes :

MCP : mélange concentré plaquettes : 8 à 12 donneurs

CPA : concentré plaquettes aphérèse : 1 seul donneur

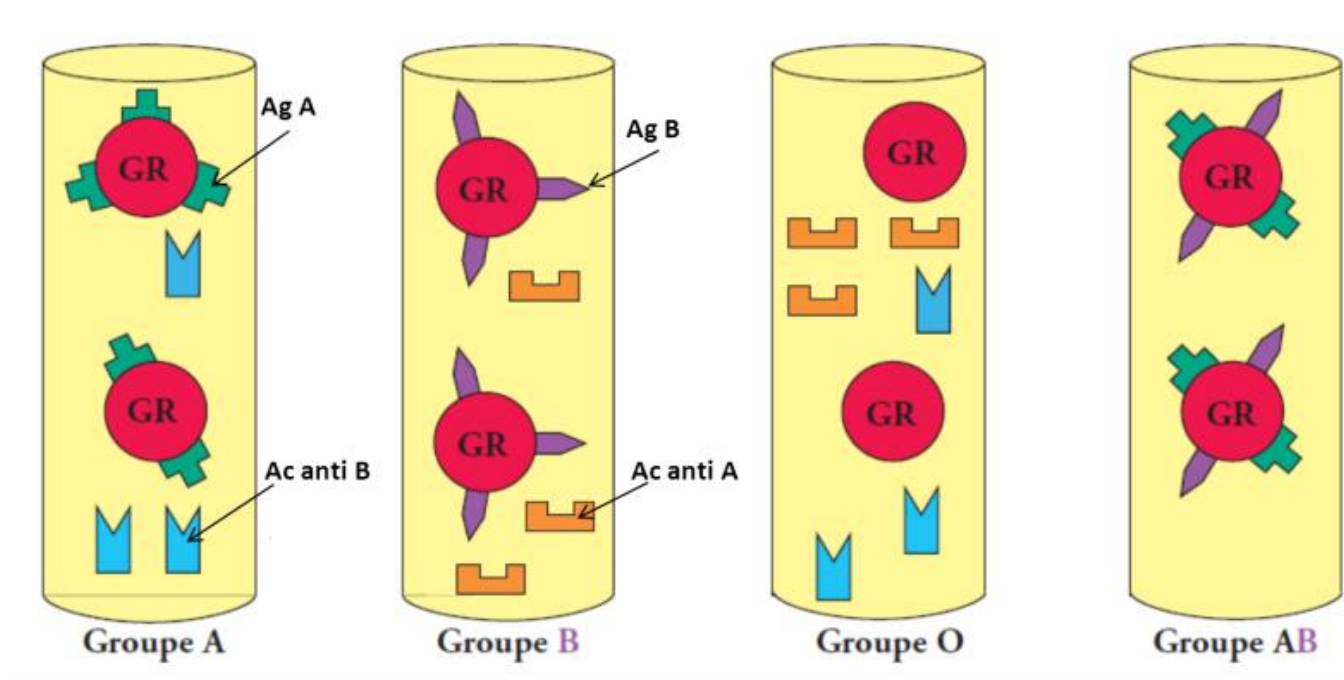
en moyenne : 350 €

Traitement des hémorragies par THROMBOPÉNIE

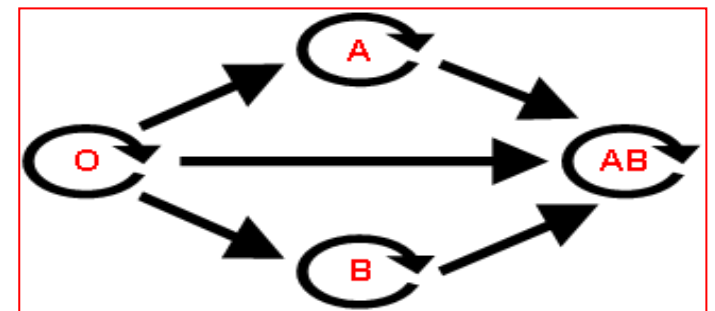
IMMUNO-HEMATOLOGIE

Antigènes du système ABO : structures moléculaires capables d'induire une réponse immunitaire

Anticorps du système ABO : immunoglobulines qui reconnaissent spécifiquement un Antigène

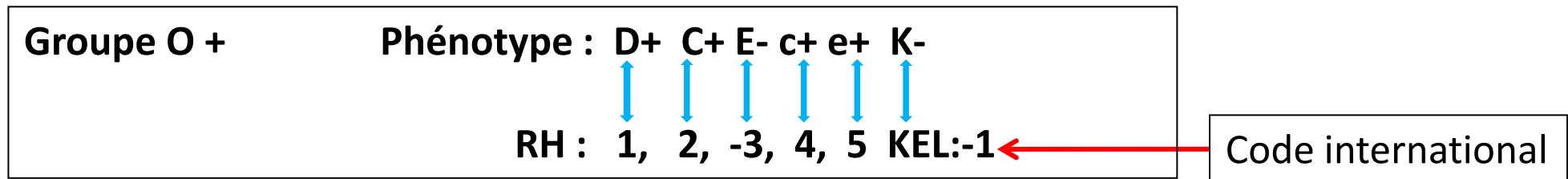


Les Antigènes se trouvent sur la membrane du globule rouge
Les Anticorps circulent dans le plasma



Le PHENOTYPE

Le « phénotypage » consiste à rechercher sur les globules rouges d'un individu, la présence d'antigènes autre que les Antigènes A et B



85% des sujets « RH+ » = « D+ » = 1

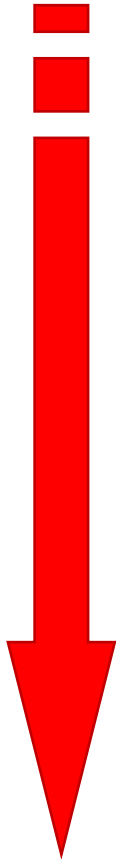
Système Rhésus : 5 antigènes principaux : **D C E c e**

Système KELL : antigène **K**

Les Ag des systèmes RH et KEL :
responsables de la majorité des immunisations = apparition d' **Ac irréguliers**
après grossesse ou transfusion

TRANSFUSION SANGUINE en Etablissement de Soins

Les 4 FICHES de l'instruction du 16 novembre 2021 relative à l'acte transfusionnel



Fiche 1 : GROUPAGE SANGUIN et ACI

Fiche 2 : COMMANDE DE PSL - TRANSPORT

Fiche 3 : RECEPTION et VERIFICATION

Fiche 4 : ACTE TRANSFUSIONNEL

→ le contrôle ultime de concordances

→ le contrôle ultime de compatibilité

→ la surveillance et la conduite à tenir en cas d'incident

Traçabilité

IDENTITOVIGILANCE

Bureau des
Admissions



Comment vous
appelez-vous ?
Pouvez-vous épeler
votre nom ?



Au chevet du patient et avec le patient.

- ❖ Si ce n'est pas possible, confrontation de plusieurs sources d'information
- ❖ Critères: **Nom de naissance, nom d'usage, prénom, date de naissance, sexe**

En vérifiant l'exactitude de l'orthographe et la concordance avec l'étiquette/les documents transfusionnels

Famille
Proches



GROUPE SANGUIN et RAI

Bonnes Pratiques de Prélèvement des Examens Immuno-Hématologiques (EIH)
à destination de l' EFS :

Au chevet du patient :

Vérifier la prescription médicale

Vérifier l'identité patient

Vérifier l'identité sur les étiquettes pour :

- identifier tube et bon à la bonne identité
- immédiatement après le prélèvement

La demande d'examen :

« Les informations... accompagnent le prélèvement et précisent le nom, prénom et la qualité de la personne ayant effectué le prélèvement ainsi que la date, l'heure du prélèvement et le nombre d'échantillons transmis. »

CONTRÔLE D'IDENTITÉ DU PATIENT

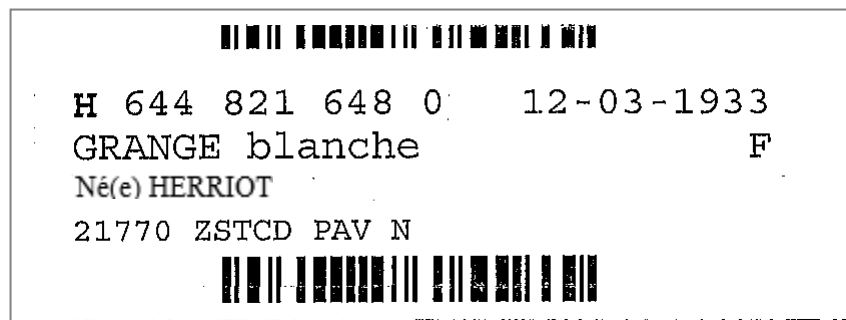
- Question **ouverte** au patient **avant** le prélèvement et **contrôle du bracelet**
- Vérifier l'étiquette : exactitude de **orthographe**, qualité d'impression et format
- Si le patient ne peut pas décliner son identité, confronter plusieurs types de documents

«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 systematiquement effectuée (dossier, bracelet d'identification, famille, entourage...)»

VALIDITE de l'ETIQUETTE :

- Nom de naissance
- Nom usuel
- Date de naissance
- Prénom
- Sexe



« Une étiquette d'identification est apposée sur le(s) tubes par la personne qui a prélevé, **immédiatement après le prélèvement du patient et en sa présence** »

Demande examen

Coordonnées du service
Important : Tél

Identité complète
du patient

A réserver pour les
urgences réelles

Permet à l'EFS de prioriser
le traitement des examens
et d'anticiper les demandes

Logo EFS Rhône-Alpes Auvergne: **LES EXAMENS SONT PRIORITAIRES**

Demande d'examens des laboratoires d'immuno-hématologie érythrocytaire

RAA/LAB/HE/FO/487 - Version 2

Coordonnées de l'expéditeur		Coordonnées du laboratoire Destinataire	
LBM ou ES		LBM de l'EFS Aura site de LYON CROIX-ROUSSE	
Téléphone		04 72 07 18 95 (37 18 95)	
Fax		04 72 07 27 93	

CADRE RESERVE AU LBM DE L'EFS

Demande conforme : OUI NON

Si non conforme : Code(s) NC :

Réceptionné par :

Service averti par téléphone Drogation

Manuel de prélèvement du Laboratoire de l'EFS AURA disponible sous : <https://www.efs.sante.fr/region/suvergne-rhone-alpes>

Reservé au laboratoire : Réception / horodatage :

Identité du patient (coller une étiquette ou renseigner)	Prescripteur
Nom de naissance :	Nom/Prénom du prescripteur :
Nom marital ou d'usage :	Fonction :
Prénom :	Date de prescription : ___/___/___
Date de naissance : ___/___/___ Sexe :	Etablissement ou LBM :
Adresse (si besoin) :	Service ou adresse :
N° identifiant unique :	Code service (UF/UA/UH) :
	Téléphone :

Urgence : cocher ici

Prélèvement

Date de prélèvement : ___/___/___ Heure :

Préleveur :

Nom :

Prénom :

Fonction :

Signature :

EXAMENS DEMANDES (se reporter au manuel de prélèvement : <https://www.efs.sante.fr/region/suvergne-rhone-alpes>)

Prélèvements sur tube EDTA (violet)	Prélèvements tube EDTA (violet)	Génotypage foetal
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin ABO RH1 et phénotype RH KEL1 (+TDA si enfant <4 mois sauf si fourni)	<input type="checkbox"/> Titrage d'Anticorps chez la femme enceinte (anticorps anti :	<input type="checkbox"/> Génotypage RHD foetal sur sang maternel 2 tubes EDTA (violet)
<input type="checkbox"/> Recherche d'Anticorps Irréguliers (RAI, dépistage d'anticorps irréguliers)	<input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'Anticorps chez la femme enceinte	1 tube sec avec gel (surne) (à centrifuger 30 minutes après prélèvement)
<input type="checkbox"/> TDA (Test ou Examen Direct à l'Antiglobuline)	<input type="checkbox"/> Test de Kleihauer pré-natal (nombre SA	<input type="checkbox"/> Autre génotypage sur sang maternel : 3 tubes EDTA (violet)
<input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers si RAI (dépistage positif, fournir résultats et panel de dépistage)	<input type="checkbox"/> Test de Kleihauer post-natal	Documents à fournir pour cet examen : Consentement éclairé obligatoire (voir https://www.efs.sante.fr/region/suvergne-rhone-alpes) Résultat du groupe sanguin de la patiente Ordonnance signée du prescripteur
<input type="checkbox"/> Epreuve Directe de Compatibilité	<input type="checkbox"/> Titrage des anticorps immuns ABO	
<input type="checkbox"/> Elution d'anticorps	<input type="checkbox"/> Titrage des anticorps naturels ABO	
Phénotypage érythrocytaire	<input type="checkbox"/> Dépistage et Titrage d'Agglutinines Froides	
<input type="checkbox"/> Etendu FY1/2, JK1/2, MNS3/4		
<input type="checkbox"/> Autre :		
<input type="checkbox"/> Génotypage érythrocytaire		

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :

Pour toute demande d'analyses	Grossesse en cours	Nouveau-né <6 mois
<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion Date : ___/___/___	DDG :ou DDR :	<input type="checkbox"/> ABO RHK Sang veineux
<input type="checkbox"/> Antécédent de grossesse	<input type="checkbox"/> Injection d'une Ig anti-RH1 (Rhophylac*) si OUI :	<input type="checkbox"/> ABO RH1 Sang de cordon (selon site)
<input type="checkbox"/> Antécédent d'immunisation Spécificité :	Date :	<input type="checkbox"/> Antécédent de transfusion in utero
<input type="checkbox"/> Greffe de CSH si oui date et lieu :	Dosage :	Date : ___/___/___
<input type="checkbox"/> Greffe d'organe	Voie d'administration <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV	Identité de la mère : Nom de naissance :
<input type="checkbox"/> Traitement par anti-CD38 (Daratumumab *)	Date de dernière RAI négative :	Nom marital ou d'usage :
<input type="checkbox"/> Traitement par Ac monoclonal		Prénom :
<input type="checkbox"/> Drépanocytose		Date de naissance : ___/___/___
<input type="checkbox"/> Hémopathie		<i>Joindre résultats groupe et RAI de la mère.</i>
<input type="checkbox"/> Maladie Auto immune		
<input type="checkbox"/> Exploration d'un ictère/anémie		

Mise en page plus aisée- MAJ lien Internet manuel prélèvement

Version électronique GEDEON faisant foi

1/1

Nom du prescripteur

Date et Heure
du prélèvement

Identification lisible
du préleveur

GROUPAGE SANGUIN

« Deux déterminations ABO RH KEL résultant **de deux actes de prélèvements différents** effectués si possible par deux préleveurs différents »

« Si le 2ème prélèvement est réalisé par le même préleveur, il doit impérativement consister en un deuxième acte de prélèvement indépendant du premier et comprenant une nouvelle vérification de l'identification du patient. »

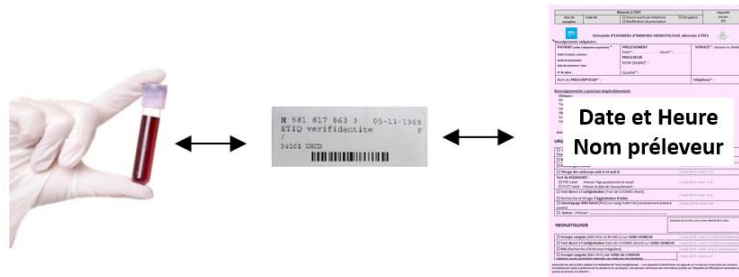
Groupage 1

- Préparer le matériel de prélèvement avec les étiquettes du patient
- Vérifier l'identité du patient : concordance avec les étiquettes
- Effectuer le prélèvement
- Étiqueter tube et bon



Groupage 2

- Préparer le matériel de prélèvement avec les étiquettes du patient
- Vérifier l'identité du patient : concordance avec les étiquettes
- Effectuer le prélèvement
- Étiqueter tube et bon



Au chevet du patient



Exemple

Lit 1
Mr X

Problème d'organisation :
À son arrivée Mr Z est installé Lit 1

Mr Z
Prévu Lit 2
amené par
ambulance

Lit 2
Mr Z

Prélèvement de Mr Z par IDE : bilan dont tubes
pour GS et RAI

L'IDE se sert des étiquettes trouvées près du Lit 1
sans vérifier l'identité du patient qui est dans le lit
Elle effectue **un seul prélèvement pour les 2**
déterminations

Billet de lit
Mr X

Étiquettes
Mr X

Surprise à l'EFS :
il y a 3 mois, Mr X était du groupe **O-**
trouvé **A+** ce jour...

Mr X
Attendu **lit 1**
- part directement à
l'écho
- Sa femme fait son
entrée

Et si Mr X n'avait pas été groupé avant ?
Document de groupage sanguin faux pour Mr X

Faire croire aux deux prélèvements

à deux temps différents...

par exemple:

- faire un seul prélèvement et noter deux heures différentes
- noter le nom d'une collègue...

...n'est pas une erreur ...

Il s'agit d'un **faux en écriture**...

**C'est une erreur délibérée =
FAUTE PROFESSIONNELLE**

Carte ou document de groupe sanguin

Arrêté du 26 avril 2002

- Identité complète du patient :
 - Nom de naissance +/- nom d'usage
 - Prénom(s)
 - Date de naissance
 - Sexe
- Cette identité doit être **strictement concordante** avec les étiquettes du patient
- Présence du Phénotype pour le système ABO, Rhésus, Kell
- DEUX déterminations de groupe sur 2 prélèvements différents
- Adresse du laboratoire
- Signature du biologiste (carte)
- Pas de mention manuscrite sur la carte
- Pas d'étiquette collée

2 déterminations



Suppression de l'édition des cartes de groupe sanguin par l'EFS depuis le **5 décembre 2023**

Recherche Anticorps Irréguliers

sur Prescription Médicale pour la transfusion de CGR

« Un résultat de RAI est obligatoire ...avant transfusion Le délai habituel de validité de la RAI est de trois jours».

Délai : Si RAI négative : 1 heure minimum

Si RAI positive : plusieurs heures ⇒ PSL phénotypés + compatibilisés

VALIDITE : 72 HEURES soit 3 jours

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
	10h ✓					
	J 0	J 1	J 2			

Un anticorps d'un jour est un anticorps de toujours

PROLONGATION RAI

Dans certains cas, cette validité peut être portée à **21** jours :

« Sur indication formelle du prescripteur ou dans le cadre d'un protocole transfusionnel préétabli, en l'absence d'antécédent transfusionnel ou d'autres épisodes immunisants (grossesse, greffe...) dans les six mois précédents, le délai de validité d'une RAI négative peut être de 21 jours. »

HOSPICES CIVILS DE LYON - ETABLISSEMENT FRANCAIS DU SANG AUVERGNE RHONE-ALPES PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES		
NOM NOM de Naissance PRENOM Né(e) le Sexe <i>ETIQUETTE DU PATIENT</i>	IDENTIFICATION DU SERVICE ET DE L'ETABLISSEMENT TELEPHONE : <i>TAMPON DU SERVICE</i>	Date de prescription :
		Date et heure souhaitée de délivrance : à h
URGENCE VITALE (Responsabilité particulière du médecin prescripteur en l'absence de carte de groupe valide et/ou de RAI - voir au verso) Vitale Immédiate <input type="checkbox"/> Vitale (< 30 min) <input type="checkbox"/> Relative (2 à 3 h) <input type="checkbox"/> Quantité : CGR <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/>		Mise en réserve à l'EFS <input type="checkbox"/> Entreposage <input type="checkbox"/> Dépôt relais <input type="checkbox"/> PRODUITS SANGUINS AUTOLOGUES : CGR TAP (quantité) : <input type="checkbox"/> PFC TAP (quantité) : <input type="checkbox"/>
CONCENTRES DE GLOBULES ROUGES : Unité adulte (quantité) : <input type="checkbox"/> Unité pédiatrique (quantité) : <input type="checkbox"/> Si poids <40 kg :ml Phénotypé RH-KEL 1 <input type="checkbox"/> Irradié <input type="checkbox"/> Déplasmatisé <input type="checkbox"/> Durée par CGR : heures Hémoglobine :g/l ou Débit par CGR :ml/min		CONCENTRES DE PLAQUETTES (voir au verso) : CPA (Concentré de Plaquettes d'Aphérèse) : <input type="checkbox"/> de 10 ¹¹ Plaq MCP (Mélange de Concentrés de Plaquettes) : <input type="checkbox"/> ≥ 3.10 ¹¹ Plaq Indifférent (CPA ou MCP) : <input type="checkbox"/> Déplasmatisé <input type="checkbox"/> Durée par CP : Poids :kg Num Plaq :G/l Date :
PLASMA FRAIS CONGELE : Préciser l'indication : CIVD : <input type="checkbox"/> PFC (quantité) : <input type="checkbox"/> Déficit global Facteurs : <input type="checkbox"/> Durée par PFC : Déficit rares en Facteurs : <input type="checkbox"/> Autre : Autre :		RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OU DEMANDES SPECIALES : Protocole Transfusionnel Particulier : Demande de prolongation à 21 jours de la validité de la RAI négative. Le prescripteur certifie l'absence de transfusion, grossesse ou greffe dans les 6 mois précédents. Signature : _____
Nom du prescripteur et qualification : _____ Signature : _____		

Demande de prolongation à 21 jours de la validité de la RAI négative. Le prescripteur certifie l'absence de transfusion, grossesse ou greffe dans les 6 mois précédents.

Signature : _____

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES	
Joints les documents de groupe sanguin et pour les CGR, le résultat de la RAI valide (ou les prélèvements pour leur réalisation)	
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 : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Pour nouveau-né : Terme :SA Poids :g (*Identité complète de la mère :) Renseignements cliniques : Commentaires :	Pour une transfusion non urgente ou programmée Date et heure souhaitées de la délivrance : le à H Ou à H Si transfusion urgente cocher la mention adéquate <input type="checkbox"/> Urgence Vitale Immédiate (délivrance sans délai) et à l'EFS <input type="checkbox"/> Urgence Vitale (délai obtention < 30 minutes) et à l'EFS <input type="checkbox"/> Urgence relative (délai obtention 2 à 3 heures)
CONCENTRE de GLOBULES ROUGES (CGR) Nombre : CGR ou Volume : mL Hb (patient) :g/dL <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	<input type="checkbox"/> Tracer température (Entreposage / Relais) <input type="checkbox"/> Demande de mise en réserve à l'EFS PSL : Jusqu'au : <input type="checkbox"/> Délivrance souhaitée des PSL en réserve
CONCENTRE de PLAQUETTES (CP) Quantité désirée : en 10 ¹¹ plaquettes (possibilité au verso) ou Nb de CP :	

CONCENTRE de GLOBULES ROUGES (CGR)


Nombre : CGR ou Volume : mL

Hb (patient) :g/dL

Je prescris la prolongation de la validité de la RAI négative à 21 jours en absence de transfusion, grossesse ou greffe depuis 6 mois

Non phénotypé RH KEL
Qualification/transformation (voir verso)
 Phénotypé RH KEL
 Irradié (préciser indication) :
 Compatibilisé (joindre un tube EDTA)
 Autres (préciser) :

FICHE 2 : La COMMANDE de PSL et le TRANSPORT

 ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES	
<i>Joindre les documents de groupe sanguin et pour les CGR, le résultat de la RAI valide (ou les prélèvements pour leur réalisation)</i>	
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: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Pour nouveau-né : Terme:SA Poids:g (*Identité complète de la mère:*)	Pour une transfusion non urgente ou programmée Date et heure souhaitées de la délivrance: le à H Ou à H Si transfusion urgente cocher la mention adéquate <input type="checkbox"/> Urgence Vitale Immédiate (délivrance sans délai) et à l'EFS <input type="checkbox"/> Urgence Vitale (délai obtention < 30 minutes) et à l'EFS <input type="checkbox"/> Urgence relative (délai obtention 2 à 3 heures)
Renseignements cliniques: Commentaires: <input type="checkbox"/> Greffe organe <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Aplasie médullaire <input type="checkbox"/> Myélodysplasie <input type="checkbox"/> Greffe CSH <input type="checkbox"/> Autre:	
CONCENTRE de GLOBULES ROUGES (CGR) Nombre : CGR ou Volume : mL Hb (patient): g/dL <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 <input type="checkbox"/> Non phénotypé RH KEL Qualification/transformation (voir verso) <input type="checkbox"/> Phénotypé RH KEL <input type="checkbox"/> Irradié (préciser indication): <input type="checkbox"/> Compatibilisé (joindre un tube EDTA) <input type="checkbox"/> Autres (préciser):	<input type="checkbox"/> Traceur température (Entourer l'indication) Entourage Révisé <input type="checkbox"/> Demande de mise en réserve à l'EFS PSL: Nb: jusqu'au
CONCENTRE de PLAQUETTES (CP) Quantité désirée : en 10 ¹¹ plaquettes (posologie au verso) ou Nb de CP : - Poids (patient): kg <input type="checkbox"/> Irradié (préciser indication): - Num. Plaquettaire: G/L <input type="checkbox"/> Autre (préciser): - Date Numération:	<input type="checkbox"/> Délivrance souhaitée des PSL en réserve PSL: Nb: Date: Heure: Service: (si différent)
Le produit le plus adapté (MCP ou CPA) sera sélectionné en fonction des produits disponibles PLASMA FRAIS CONGELÉ (PFC) <input type="checkbox"/> VHE négatif (indications au verso) Nombre : PFC ou Volume : mL (1 PFC = 200 mL minimum) Indication obligatoire à cocher : <input type="checkbox"/> Hémorragies aiguës avec déficit global des facteurs de coagulation <input type="checkbox"/> Echange plasmatique (préciser la pathologie): <input type="checkbox"/> Déficits complexes rares en facteurs de coagulation <input type="checkbox"/> CIVD <input type="checkbox"/> Autres (préciser):	Prescripteur:
PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES Quantité CGR : Quantité PFC :	
Réservé site de délivrance : Modifications de la prescription: Date: Nom de la personne jointe: Visa:	



La COMMANDE

COMMANDE de PSL

Le bon de commande est une **PRESCRIPTION** où doivent figurer :

- L'identité du patient : une étiquette par feuillet
- L'identification du service + n° de téléphone
- La date de la commande, la date de transfusion
- La nature et la quantité de produits commandés
- L'identité du prescripteur : nom et signature

- Joindre à cette prescription :**
- document de groupe valide ou carte ou tubes
 - résultats de la RAI < 3 jours pour les CGR
 - prolongation possible à 21 jours si RAI négative

Prescription EFS

Prescription HCL

VERIFICATIONS : avant d'aller chercher les PSL : pour limiter le taux de destruction des PSL

- « - Avant d'aller chercher les produits sanguins labiles, vérifier les constantes pré-transfusionnelles du patient et l'existence d'une voie d'abord fonctionnelle ou sa pose.
- Dans le même but, penser à fractionner les commandes en fonction des besoins du patient, ou à demander des délivrances fractionnées. »

Urgence Vitale Immédiate

Il s'agit d'une **procédure exceptionnelle**, sous la responsabilité du médecin prescripteur. Il sera délivré des CGR de **groupe O** :

- **O** - pour les femmes en âge de procréer, les patients de groupe **O** - et de Rhésus -
- **O+** pour tous les autres patients

Dans tous les cas : prélever 1 groupage et 1 RAI dans un premier temps, puis effectuer rapidement une deuxième détermination afin d'attribuer le plus rapidement possible une transfusion compatible.

HOSPICES CIVILS DE LYON - ETABLISSEMENT FRANCAIS DU SANG AUVERGNE RHONE-ALPES
PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES

NOM NOM de Naissance PRENOM Né(e) le Sexe		IDENTIFICATION DU SERVICE ET DE L'ETABLISSEMENT Date de prescription :/...../..... Date et heure souhaitée de délivrance :/...../..... à h TELEPHONE :	
URGENCE VITALE (Responsabilité particulière du médecin prescripteur en l'absence de carte de groupe valide et/ou de RAI - voir au verso) Vitale Immédiate <input type="checkbox"/> Vitale (< 30 min) <input type="checkbox"/> Relative (2 à 3 h) <input type="checkbox"/> Quantité : CGR <input type="text"/> PFC <input type="text"/> Plaquettes <input type="text"/>		Mise en réserve à l'EFS <input type="checkbox"/> Entreposage <input type="checkbox"/> Dépôt relais <input type="checkbox"/> PRODUITS SANGUINS AUTOLOGUES : CGR TAP (quantité) : <input type="text"/> PFC TAP (quantité) : <input type="text"/>	
CONCENTRES DE GLOBULES ROUGES : Unité adulte (quantité) : <input type="text"/> Unité pédiatrique (quantité) : <input type="text"/> Si poids <40 kg ml Phénotypé RH-KEL 1 <input type="checkbox"/> Irradié <input type="checkbox"/> Déplasmatisé <input type="checkbox"/> Durée par CGR:.....heures Hémoglobine :g/l ou Débit par CGR:.....mml/lm		CONCENTRES DE PLAQUETTES (voir au verso) : CPA (Concentré de Plaquettes d'Aphérèse) : <input type="text"/> de 10 ¹¹ Pla MCP (Mélange de Concentrés de Plaquettes) : <input type="text"/> ≥ 3.10 ¹¹ Pla Indifférent (CPA ou MCP) : <input type="text"/> Déplasmatisé <input type="checkbox"/> Durée par CP:.....heures Poids :kg Num Pla. :G/l Date :	
PLASMA FRAIS CONGELE : Préciser l'indication : CIVD : <input type="checkbox"/>		RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OU DEMANDES SPECIALES : Protocole Transfusionnel Particulier :	

URGENCE VITALE (Responsabilité particulière du médecin prescripteur en l'absence de carte de groupe valide et/ou de RAI - voir au verso)
 Vitale Immédiate Vitale (< 30 min) Relative (2 à 3 h)
 Quantité : CGR PFC Plaquettes

EFS Rhône-Alpes Auvergne
ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES
RAA/PSL/DEL/FO/126 - Version 1
Joindre les documents de groupages sanguins et pour les CGR, le résultat de la RAI valide (ou les prélèvements pour leur réalisation)

Prescripteur Nom et prénom (lisible et en majuscule): Téléphone du prescripteur: Signature (obligatoire) Date et heure de la prescription/...../..... àh.....mn	ETABLISSEMENT de SANTE : (Etiquette ou tampon) Service prescripteur (UF) : Tél. direct :
PATIENT (coller l'étiquette du patient) Nom de naissance: Nom d'usage (marital ou autre) : Prénom : Né(e) le : Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Pour nouveau-né préciser: Terme (SA) : Poids :g Identité complète de la mère :	Transfusion non urgente ou programmée : Délivrance souhaitée (date et heure) :/...../..... àH..... Ou Transfusion urgente : cocher le degré d'urgence <input type="checkbox"/> Urgence vitale immédiate (délivrance sans délai) et EFS <input type="checkbox"/> Urgence vitale (délai obtention ≤ 30 min) et EFS <input type="checkbox"/> Urgence relative (délai obtention 2h à 3h)

Transfusion urgente : cocher le degré d'urgence
 Urgence vitale immédiate (délivrance sans délai) et EFS
 Urgence vitale (délai obtention ≤ 30 min) et EFS
 Urgence relative (délai obtention 2h à 3h)

Aplasie idiopathique Myélodysplasie

PRINCIPE de DELIVRANCE par l'EFS

« La sécurité de l'acte transfusionnel consiste à transfuser à bon escient le bon produit sanguin labile (PSL) au bon patient, au bon moment et à la bonne posologie. »



LA DELIVRANCE est NOMINATIVE
mais le PSL n'est pas identifié au nom du RECEVEUR

Identité du receveur

- NOM de Naissance
- Nom d'usage
- Date de Naissance
- Prénom
- Sexe

Identité
immuno-hématologique
du receveur

- Groupe sanguin
- Phénotype
- ACI

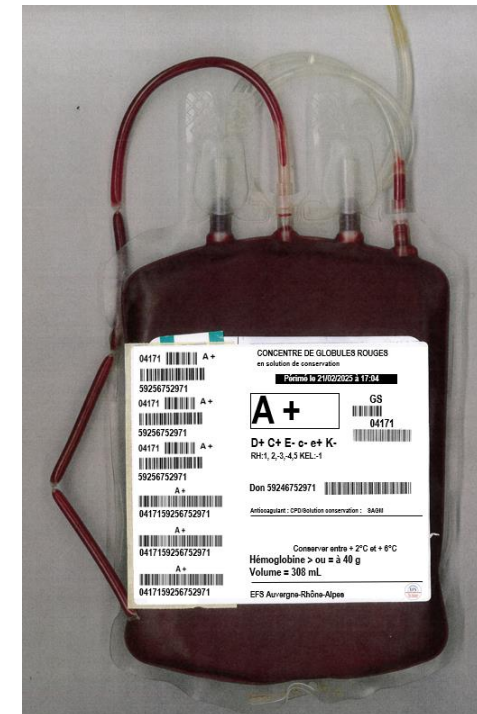
PSL

Identité du produit :
code produit + n° don
5 chiffres + 11 chiffres

04171 A+
59256752971

Identité immuno-hématologique

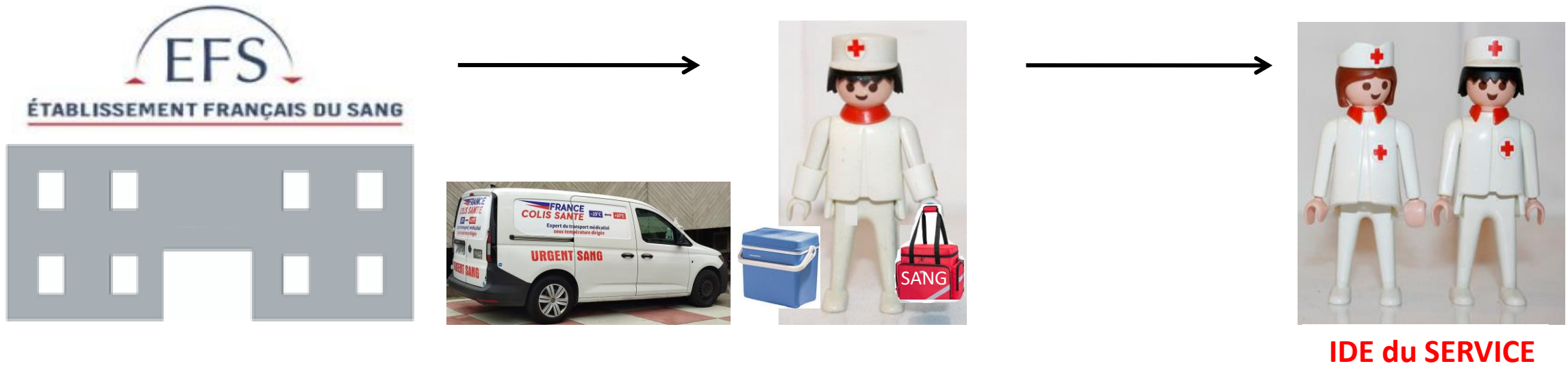
- Groupe sanguin
- Phénotype



Le transport

Procédure locale de transport entre l'EFS et l'établissement de santé

« La remise des PSL à la personne qui en assure le transport est réalisée sur la base de tout support permettant l'identification du receveur (document de retrait, étiquette, ordonnance, message électronique...) »



Les Produits Sanguins Labiles doivent être remis en mains propres à l'IDE qui effectue les vérifications de la conformité de la commande au moment de la réception dans le service

«*La vérification de la conformité des produits livrés est réalisée par un professionnel de santé habilité (IDE, sage-femme, médecin)...* »

Fiche 3 : RECEPTION et VERIFICATIONS



VERIFICATIONS à la RECEPTION

- Conditions de transport : hygiène, température et durée
- Bonne unité de destination ? Bon patient ?
- Identité : Prescription + FD + Groupe sanguin + RAI
- Groupe et phénotype : Groupe sanguin + PSL + FD
- Qualification des PSL : Prescription et FD
- Qualité des produits : Intégrité, date limite d'utilisation
- Nombre de poches : Prescription et FD
- Code barre : PSL et FD
- Noter : date et heure de réception
- S' identifier et noter la conformité du contrôle à réception

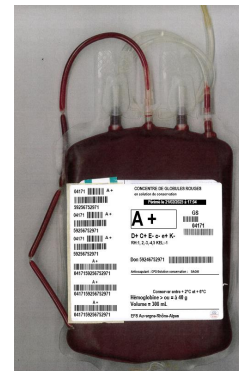
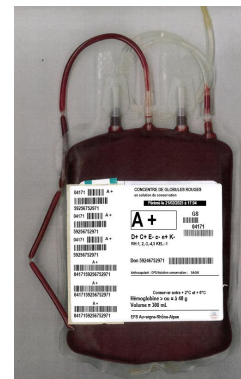
Prescriptions

The image shows two identical medical prescriptions for blood products. The header reads 'BIOPRES CIVILS DE LYON - ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG ALVERGNE RHÔNE-ALPES'. The main title is 'PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABELÉS'. The form includes fields for patient identification (name, date of birth, sex), date of prescription (26/04/2024), and specific instructions for the transfusion. It also contains checkboxes for various clinical conditions and a section for the prescriber's signature and stamp.

Fiches de délivrance (FD)

This is a detailed 'FICHE DE DELIVRANCE' (Delivery Sheet) for blood products. It contains a wealth of information including patient details, laboratory results, and a grid for recording the delivery of individual units. The grid has columns for 'Produit', 'Quantité', 'Date de réception', and 'Signature'. The form is color-coded with yellow and pink sections and includes various checkboxes and fields for administrative and clinical tracking.

This is a laboratory report from EFS Rhône-Alpes. The title is 'COMPTÉ RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO-HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE'. It details the ABO and Rh phenotyping of a patient. The results are: ABO: A Rh1, A D positif; Rh: RH2-3, 4, 5 KEL-1; C: C, E, e, K. The report includes a barcode, the name of the prescriber (Rheumatologie A), and the date of the report (26/04/2024).



Traçabilité de la Réception

« Toute discordance ou anomalie, lors de ces contrôles à réception, impose un contact avec le site de distribution dont les coordonnées doivent être connues de chaque service de soins. »

➔ Tracer la phase de réception :

- sur le bordereau de transport (transport voiture)
- sur la Fiche de Délivrance

➔ Laisser les PSL :

- à température ambiante
- avec l'ensemble des documents
- à proximité du patient receveur

(Si possible et adapté)

FICHE DE DELIVRANCE

Délivré le : 11/02/2024 10:58 EFS Auvergne-Rhône-Alpes Site du Groupement Hospitalier EST 6537960
 Délivré par : DSRK 28, avenue du Doyen Lépine
 Etabli le : 11/02/2024 11:00 69677 Bron Cedex Tél : 04 72 35 78 50 Fax : 04 78 53 54 00 Page n° 1 / 1

FICHE DE DELIVRANCE

Délivré le : 10/02/2025 10:58 EFS Auvergne-Rhône-Alpes Site du Groupement Hospitalier EST 6537960
 Délivré par : DSRK 28, avenue du Doyen Lépine
 Etabli le : 10/02/2025 11:00 69677 Bron Cedex Tél : 04 72 35 78 50 Fax : 04 78 53 54 00 Page n° 1 / 1

Établissement / Patient

Établissement de santé : HCL CARDIOLOGIQUE 28, avenue Doyen Lépine
 Patient : N° de patient ES : NIP 10140758 ADM : 6965159516
 Nom de naissance : FAYOTTE
 Nom usuel : ESPOR
 Prénoms : Magali
 Date de naissance : 18/02/1992 Sexe : F
 N° patient EFS : 605324297

Données immuno-hématologiques – Coagulation transfusionnelles

ABO D : A+ 28/12/2017 Phénotype : Di C+ E- c+ e+ K-
 A+ RH : 1, 2, -3, -4, -5 KEL-1
 Dernière SAlE : 09/02/2025 RAI Negative

Protocoles transfusionnels : Phénotypé RHVEL (F)
 Consignes transfusionnelles : Commentaire de délivrance

Produits	Numéro / lot	Groupes / Phénotype	Qualification
CDR UA SAGM	920574975	A+ Di C+ E- c+ e+ K- RH:1,2,-3,-4,-5 ;KEL:1	COB- Phénotypé RHVEL
Volume : 330 ml	07/04/2025 15:37	RH:1,2,-3,-4,-5 ;KEL:1	
CDR UA SAGM	920574971	A+ Di C+ E- c+ e+ K- RH:1,2,-3,-4,-5 ;KEL:1	COB- Phénotypé RHVEL
Volume : 274 ml	23/02/2025 17:04	RH:1,2,-3,-4,-5 ;KEL:1	

Contrôle à réception conforme : Oui Non Nombre total de produits reçus : 2
 Réception : Par : _____ Date : _____ Heure : _____

La transfusion de tout PSL débute au plus tard dans les six heures qui suivent sa réception dans le service de soins, dans les limites de sa péremption.
 Transfuser le produit sanguin par voie intraveineuse au moyen d'un dispositif muni d'un filtre.

Produit	Contrôle concordance documents (1)	Fait de compatibilité A-B (2)	Tracabilité PSL par Nom, Qualité	Transfusion date et heure	Identité patient et/ou commentaires (3)
CDR UA SAGM	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
CDR UA SAGM	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

Le contrôle ultime en présence du matériel est obligatoire avant la transfusion
 (1) contrôle ultime de concordance des documents pour tous les PSL
 (2) contrôle ultime de compatibilité pour les CDR, y compris les autogènes
 (3) compléter la partie "tracabilité en sous" + commentaires + effet indésirable notifié - le noter, préciser rapidement le site de délivrance ainsi que le correspondant d'hématologie de T2

FEUILLET DESTINÉ À L'HEMOVIGILANCE

EXPÉDITEUR
 EFS rhône-alpes-auvergne
 Site du Groupement Hospitalier EST
 28, avenue du Doyen Lépine
 69677 Bron Cedex
 Tél : 04 72 35 78 50 Fax : 04 78 53 54 00

DESTINATAIRE
 HCL CHARPENNES / LYON 69028
 SCD 3 AB
 UF - 285331
 Service 28531 SCD 3 AB
 Tél :

Étiquette de TRANSPORT - TRANSFUSION : PRODUITS SANGUINS
 Établi le : 05/01/2018 08:13

Produits contenus et quantité : **1 Concentré(s) globulaire(s)**
 Température du colis : **Entre +2°C et +10° C**

En cas d'accident ou d'incident durant le transport, prévenir immédiatement l'expéditeur.
 En cas de produits répandus à l'extérieur de l'emballage, ne pas toucher avec des mains de garde protectrices.
 - Identifier la cause d'incident dans un grand sac en plastique.
 - Mettre le sac à été lavé avec de l'eau et du produit désinfectant qui sera jeté dans une poubelle sac en plastique.
 - Désinfecter avec un produit désinfectant approprié.
 - **Régler le colis sur le site**, sous surveillance et à l'eau et désinfecter avec un produit approprié.
 - Des informations plus détaillées sur le colis à être peuvent être obtenues auprès de l'expéditeur.

BORDEREAU d'EXPÉDITION URGENT NORMAL

Transport confié à : PLC Nombre d'emballages intermédiaires : _____ N° bordereau : **4884563 + 7384559**

DEPART
 Visa EFS : Non = signature
 Visa transporteur : Non = signature
 Date : _____ Heure : _____

RECEPTION
 Visa destinataire : Non = signature
 Visa transporteur : Non = signature
 Date : _____ Heure : _____

Contrôle colis à réception : Conforme Non conforme Réserve : _____

FEUILLET DESTINÉ À L'HEMOVIGILANCE

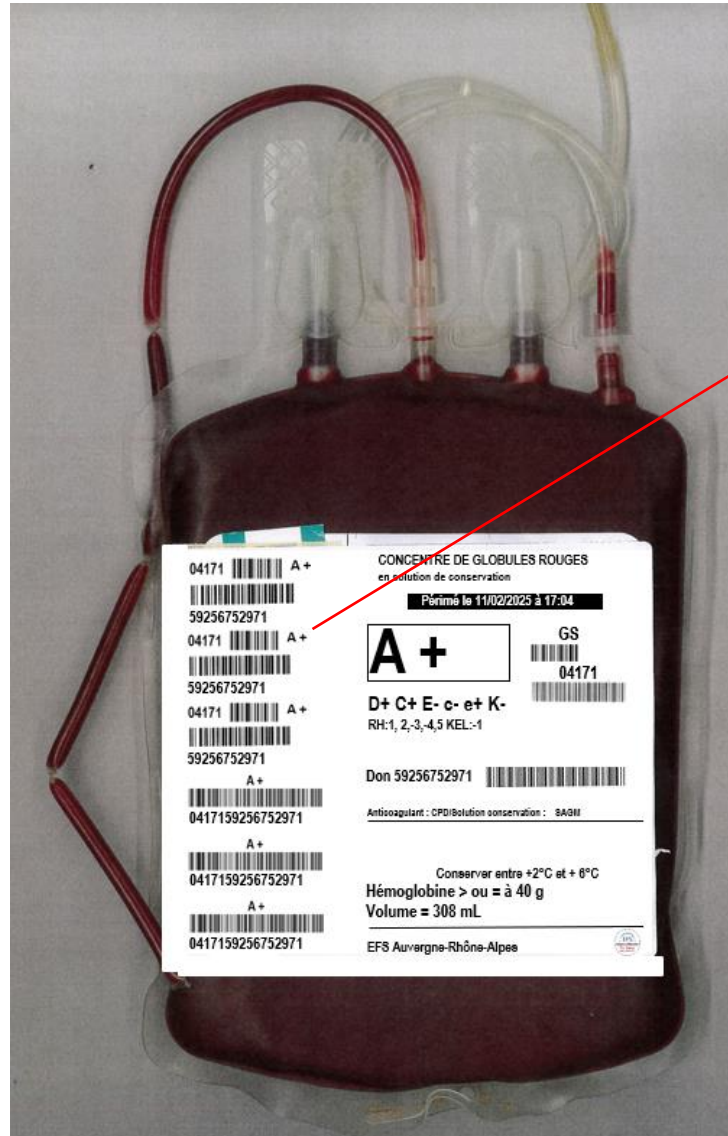
Contrôle à réception

Contrôle à réception conforme : Oui Non

Réception : Par : N. Latran IDE Nombre total de produits reçus : 2
 Date : 10/02/2026 Heure : 11 h 20

La transfusion de tout PSL débute au plus tard dans les six heures qui suivent sa réception dans le service de soins, dans les limites de sa péremption.
 Transfuser le produit sanguin par voie intraveineuse au moyen d'un dispositif muni d'un filtre.

Exemple ETIQUETTE sur CGR



<p>04171 A + 59256752971</p> <p>04171 A + 59256752971</p> <p>04171 A + 59256752971</p> <p>A +</p> <p>0417159256752971</p> <p>A +</p> <p>0417159256752971</p> <p>A +</p> <p>0417159256752971</p>	<p>CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES en solution de conservation</p> <p>Périmé le 11/02/2025 à 17:04</p> <p>A +</p> <p>GS 04171 </p> <p>D+ C+ E- c- e+ K- RH:1, 2,-3,-4,5 KEL:-1</p> <p>Don 59256752971 </p> <p>Anticoagulant : CPD/Solution conservation : SAGM</p> <p>Conserver entre +2°C et + 6°C Hémoglobine > ou = à 40 g Volume = 308 mL</p> <p>EFS Auvergne-Rhône-Alpes </p>
---	--

Fiche 4 : ACTE TRANSFUSIONNEL



Instruction du 16 Novembre 2021 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel

*« La transfusion d'un PSL est réalisée par les médecins et, sur prescription médicale, par les sages-femmes ou les infirmiers diplômés d'Etat (IDE).
Elle impose, lorsqu'elle est déléguée, une collaboration étroite et constante avec les médecins présents dans l'établissement de santé transfuseur afin que ceux-ci puissent intervenir à tout moment. »*

« L'IDE est habilité à accomplir sur **prescription** :

- Écrite
- Qualitative
- Quantitative
- Datée
- Signée

les actes de soins suivants à condition qu'un **médecin puisse intervenir à tout moment**
Injections et perfusions de produits d'origine humaine,
nécessitant préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige :

- Un contrôle d'**identité**
- Un contrôle de **compatibilité** obligatoires »

Article R 4311 – 9 du Code de santé publique

Instruction du 16 Novembre 2021 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel

INFORMATION PATIENT

- *« L'acte transfusionnel impose l'information systématique du patient par le prescripteur, éventuellement complétée par le professionnel de santé en charge du patient, ceci avant la réalisation de l'acte, chaque fois que cela est possible. Cette information doit être réalisée oralement et sa transmission tracée, une fiche d'information doit être remise au patient. »*

PRESCRIPTION de la durée ou du débit

- *« La prescription médicale précisant le débit ou la durée de la transfusion et le nombre de PSL ou la posologie ou le volume à transfuser notamment pour les nouveau-nés, les jeunes enfants et les personnes âgées de plus de 70 ans.
Si cette précision n'est pas mentionnée, le professionnel de santé en charge de l'acte doit se faire préciser la consigne par le prescripteur avant son geste. »*

Avant de transfuser

- Qui est le médecin susceptible d'intervenir ?
- Où est le chariot d'urgence ?
- Perméabilité de la voie d'abord ?
- Constantes ?
- Le patient a-t-il déjà un dossier transfusionnel ?



Unité de LIEU – TEMPS - ACTION :

« La sécurité de la transfusion du PSL repose sur :

- Une unité de **lieu** : contrôle ultime pré-transfusionnel effectué en présence du patient,
- Une unité de **temps** : contrôle simultané des données d'identification du patient et du PSL à transfuser,
- Une unité d'**action** : réalisation de l'ensemble des contrôles par le même professionnel de santé sans interruption de tâches.»

Au chevet du patient

Actions à réaliser par le même professionnel immédiatement avant la pose de la transfusion

Unité de **LIEU - TEMPS - ACTION**

- Information du patient et vérification d'identité
- Relevé des constantes de référence
- Contrôle de concordance pré-transfusionnels
- **Contrôle de compatibilité pré-transfusionnel pour les CGR**
- Pose de la transfusion
- Surveillance du patient les 15 premières minutes
- Traçabilité du PSL transfusé



**BUT : éviter au dernier moment
une erreur transfusionnelle dans le système ABO**

Les constantes de référence

avant et à la fin de la transfusion

« L'état initial du patient (pouls, pression artérielle, température, SpO2 et si besoin fréquence respiratoire ...) est retranscrit »
« Les constantes sont relevées à la fin de la transfusion (température, pouls, pression artérielle et saturation en oxygène). »

AVANT de débuter la transfusion :

- Relever et noter les 4 constantes de référence
- Vérifier la perméabilité de la voie d'abord



Et plus selon :

- L'état du patient
- Les prescriptions médicales
- Les protocoles du service

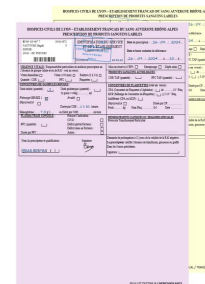
Contrôle ultime pré-transfusionnel en présence du patient

« Il s'agit du **dernier contrôle de sécurité** avant la transfusion du PSL.
Il est toujours réalisé en présence du patient à l'aide des documents et matériels nécessaires et **il est renouvelé pour chaque unité transfusée** au rythme de leur pose.

Le contrôle ultime pré-transfusionnel se décompose en deux étapes qui doivent être exécutées successivement, selon un mode opératoire précis sans interruption de tâches.
Il est réalisé par la personne qui pose la transfusion de l'unité de PSL concernée. »

Deux étapes :

1. Le contrôle ultime de concordance :
vérification de la concordance de l'identité du patient sur les documents pour tous les PSL + groupe sanguin et phénotype + code barre du PSL
2. Le contrôle ultime de compatibilité ABO : lors de la transfusion de **CGR** :
réalisé à l'aide du dispositif de contrôle ultime de compatibilité : carte



CONTRÔLE ULTIME DE CONCORDANCE

≠ Réception

- Identité
- Groupe Sanguin - RH et phénotype
- Code-barre

Pour chaque PSL transfusé



CGR



CP



PFC

Documents immuno-hématologiques :

- Groupe sanguin
- Résultat RAI

Prescription médicale :
Rose et jaune

Fiche de
Délivrance :
Rose et jaune

CONTROLE ULTIME DE COMPATIBILITE ABO



- participe à la sécurité transfusionnelle par vérification de :
 - L'identité du patient
 - La compatibilité ABO : patient / CGR
- est OBLIGATOIRE avant la transfusion
 - de tout CGR homologue ou autologue
 - et pour chaque CGR d'une série
- doit être réalisé
 - Au chevet du patient
 - Par l'IDE qui transfuse
 - Juste avant de transfuser

Dernier maillon de sécurité de la chaîne transfusionnelle

SAFETY CARD AB DIAGAST

Patient (Nom & Prénom) : _____ Cuiet Globulaire N° : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

1 Déposer 1 ml de sang du patient dans et 1 ml de sang du cuiet dans

2 Déposer 1 ml d'eau physiologique NaCl 0.9% dans les 4 alvéoles.

3 Prélèver et déposer le sang en une seule fois, dans chaque alvéole de la même colonne en changeant de spatule à chaque transfert puis mélanger en évitant toute contamination.

4 Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes, puis enregistrer.

«Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le cuiet à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion.»

En cas de doute, contacter le médecin encadrant la transfusion.

Conclusion : transfuser OUI - NON

Réalisé au lit du patient par (Nom) : _____

Date : _____ Heure : _____ Signature : _____

ABTest Card CE 0450 DIAGAST

PATIENT

1 Bien hydrater 2 Déposer le sang 3 Remplir complètement 4 Pos (-) Neg (0) Interpréter

Contrôle Réaction Transfusion

+ Diapné de sang Réactif Réactif Réactif Réactif

+ Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion.

Nom et Prénom : _____ CGR n° : _____

Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Test réalisé par : _____ Date : _____

Signature : _____ Heure : _____

Sang / Blood Anti-A Anti-B

Sang / Blood Anti-A Anti-B

Serafol[®] USAGE / USE IN VITRO

sifin 13088 Berlin, Allemagne BIO-RAD

Nom usuel / Name _____ Nom de naissance / Name at birth _____

Prénom / First name _____ Date de naissance / Date of birth _____

No. poche / Unit no. _____

+ Agglutination Anti-A Anti-B Receveur Recipient

- Pas d'agglutination No agglutination Anti-A Anti-B Poche Unit of blood

Décision Decision Transfusion possible OUI YES NON NO

Nom / Name _____ Date _____

Opérateur Operator Service _____ Signature _____

Médecin Nom / Name _____

Physician = Nom du médecin responsable de la transfusion = Name of physician responsible for the transfusion

L'IDE recherche la compatibilité ABO entre le sang du CGR et le sang du patient POUR EVITER AU DERNIER MOMENT UNE ERREUR TRANSFUSIONNELLE

« Il s'agit du **dernier contrôle de sécurité** avant l'administration du produit sanguin labile. Il est toujours réalisé en présence du patient à l'aide des documents et matériels nécessaires et il est renouvelé pour chaque unité transfusée au rythme de leur pose. »

TRANSFUSION AUTOLOGUE ET HOMOLOGUE

Transfusion « **autologue** » :

produit sanguin prélevé sur le sujet lui-même et destiné à lui être transfusé

Transfusion « **homologue** » :

produit sanguin prélevé sur un sujet : le donneur et destiné à être transfusé à un autre sujet : le receveur

En respectant la compatibilité.

Dans tous les cas pour les CGR :

Le test de compatibilité ABO : la carte de contrôle ultime de compatibilité est **obligatoire**



POSE de la TRANSFUSION

- Avant la transfusion, vérifier la prescription médicale précisant le débit ou la durée de la transfusion
- Prendre et noter les constantes : pouls, tension, saturation en oxygène, température avant toute transfusion
- Percuter la poche à plat avec une tubulure à filtre, remplir complètement le filtre et après purge de la tubulure



- Ne pas mélanger les PSL
- Sans adjonction d'autre produit sur la même voie
- « Une voie veineuse est réservée si possible à la transfusion du PSL »

Données immuno-hématologiques - consignes transfusionnelles			
ABO D : A+	15/01/2022	Phénotype : D+ C+ E- c- e+ K-	
A+	16/01/2022	RH: 1,2,-3,-4,5; KEL-1	
Dernière RAI le 16/01/2022 : RAI Négative		Anticorps Irréguliers :	
Consignes transfusionnelles :		Protocoles transfusionnels :	
Il est recommandé de réchauffer les CGR à 37°C au moment de la transfusion.		Phénotype RHKEL, Phénotype RHKEL (F)	
Commentaire de distribution			
Présence d'agglutinines froides : il est recommandé de réchauffer mes CGR à 37°C au moment de la transfusion			
Produit	Numéroflot	Groupe / Phénotype	Qualification
04171 CGR UA SAGM	59213632957	A1+ D+ C+ E- c- e+ K- RH: 1,2,-3,-4,5; KEL-1	CGR- Phénotype RHKef

- Transfusion d'un patient fébrile : demander un avis médical
- Agglutines froides ou transfusion massive : transfuser avec un réchauffeur de sang

- Surveiller le patient **les quinze premières minutes** puis de façon adaptée :
« La surveillance est particulièrement attentive et continue au moins dans les quinze premières minutes puis régulière et adaptée à la clinique et à la prescription médicale par la suite et si possible durant les 2 heures qui suivent la fin de la transfusion »



- S'assurer que le patient a un moyen d'alerte
- Transport d'un patient transfusé en cas d'urgence : avec accompagnement médical ou IDE

Débits de transfusion et Priorités

Selon état clinique du patient et prescription médicale

Un ml = 15 gouttes

1 : Concentré de Plaquettes :

Transfusion en 20 à 30 minutes

2 : Plasma Frais Congelé PFC :

Transfusion en 20 à 30 minutes

Décongélation à l'EFS : 20 minutes

3 : Concentré de Globules Rouges CGR :

entre 45 minutes et deux heures, voire +

Cas particulier : hémorragie ou selon l'âge : nouveau-né, patient âgé,...

Délai de transfusion à partir de la réception dans le service : **6 heures**

SURVEILLANCE de la TRANSFUSION



- Surveillance pendant la durée de la transfusion : toutes les 20 à 30 minutes selon :
 - la prescription médicale
 - l'état cliniqueSurveillance du point de ponction
- *« Dans le cadre de la prévention d'un TACO, pour les sujets âgés de plus de 70 ans, et pour tout patient identifié comme à risque de développer une surcharge, le débit de la transfusion doit être adapté à l'état clinique du patient et prescrit par le médecin prescripteur en tenant compte du poids du patient. La transfusion est fractionnée.*
- *Il est recommandé de surveiller régulièrement la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la fréquence respiratoire et la saturation pulsée en oxygène pendant la transfusion et jusqu'à 1 à 2 heures après la transfusion. »*
TACO : œdème pulmonaire de surcharge post-transfusionnel (Transfusion Associated Circulatory Overload)
- Installation en position ½ assise pour les patients à risques
- Effectuer la Traçabilité sur la Fiche de Délivrance
- Arrêter la transfusion en cas d'apparition de tout signe clinique anormal
- Noter les constantes de référence en fin de transfusion
- Si possible surveiller le patient pendant les 2 heures qui suivent la fin de la transfusion

TRACABILITE

Vignette N° code barre
collée dans case Produit

Identification transfuseur (lisible)
NOM et QUALITE

**DATE
HEURE**

Commentaires
sur déroulement
ou constantes à T0

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)
04171 A+ 5924251831- A+ 0417159242607697	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	BUA [REDACTED] IDE	16/01/25 13:50	
	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COR [REDACTED] IDE	14/01/25 16:50	RTE
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		___/___/___ ___:___	

Le contrôle ultime en présence du malade est obligatoire avant la transfusion
 (1) contrôle ultime de concordance des documents pour tous les PSL
 (2) contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les autologues
 Effet indésirable receveur : Le noter, prévenir rapidement le site de délivrance ainsi que le correspondant d'hémovigilance de l'ES

(3) Produit détruit par l'ES : Date et cause de destruction
 Produit retourné à l'ES : Date et motif de retour
Compléter la partie traçabilité en zone "Commentaires"

FEUILLET DESTINE A L'HEMOVIGILANCE

Case contrôle de concordance
cochée

Case contrôle de compatibilité cochée
pour CGR uniquement

Consignes
de
traçabilité

Consignes
pour
archivage

« La traçabilité du PSL est réalisée dès le début de la transfusion »

Exemple d'une fiche de délivrance

- Préparation à l'EFS et édition 12 h 26
- Protocole transfusionnel : femme jeune
- Commentaire de délivrance : phénotype RHK
- Horodatage : sortie des PSL de l'EFS à 12 H 39

- PSL avec phénotype

- Ordre de transfusion des CGR

- Professionnels différents :
 - réception
 - transfusions

- Commentaires : constantes début et fin de transfusion

- Délai de début de transfusion à partir de la réception

FICHE DE DELIVRANCE

Délivre le : 07/08/2024 12:22 EFS Auvergne-Rhône Alpes Site du Groupement Hospitalier EST 6695735
 Délivre par : T6MQ 28, avenue du Doyen Lépine Etats:KbEfs1page EFS ORP
 Edité le : 07/08/2024 12:26 69677 Bron Cedex Tél: 04 72 35 78 50 Fax: 04 78 53 54 00 Page n° 1/1

Etablissement de santé
 HCL FEMME MERE ENFANT 59 boulevard Pinel (BRON)
 Code : 34 Service : 34240
 HC GYNECOLOGIE
 Prescripteur : Dr. BA []
 Ordonnance :

Etablissement / Patient
Patient
 N° de patient ES : [] ADM : 701756 []
 Nom de naissance : DA []
 Nom utilisé : []
 Prénom(s) : LA []
 Date de naissance : 29/01/1981 Sexe : F
 N° patient EFS : 4619800783

Données immuno-hématologiques - Consignes transfusionnelles
 ABO D : O+ 26/07/2024 Phénotype : D+ C- E+ c+ e+ K+
 O+ 27/07/2024 RH:1,-2,3,4,5; KEL:1
 Dernière RAI le : 07/08/2024 RAI Négative
 Anticorps Irréguliers :
 Protocoles transfusionnels : Phénotypé RHKEL (F)
 Consignes transfusionnelles :

Commentaire de délivrance
 Prescription modifiée par l'EFS : ajout qualification « phénotype RHK » indiquée selon les recommandations ou le protocole du patient

Produit	Numéro / lot	Groupe / Phénotype	Qualification
04171 CGR UA SAGM Périmètre : 317 ml Volume : 317 ml	59241721252 / 17/08/2024 11:00	O+ D+ C- E+ c+ e- K- RH:1,-2,3,4,-5, KEL-1 KEL:2,-3,4; RH-8; JK:1,-2; FY:1,-2; MNS:1,-2,3,-4; LE:1,-2; P1PK:1; LU:1-2	CGR- Phénotypé RhKell
04171 CGR UA SAGM Périmètre : 264 ml Volume : 264 ml	59241958743 / 13/08/2024 17:04	O+ D+ C- E+ c+ e- K- RH:1,-2,3,4,-5, KEL-1 KEL-3, JK:1,-2; FY:1,-2; MNS:3,4	CGR- Phénotypé RhKell
04171 CGR UA SAGM Périmètre : 281 ml Volume : 281 ml	59243733708 / 05/09/2024 18:49	O+ D+ C- E+ c+ e- K+ RH:1,-2,3,4,-5, KEL:1 KEL:2,-3,4; RH-8; JK:1,2; FY:1,2; MNS-1,2,-3,4; LE:1,-2; P1PK:1; LU:1-2	CGR- Phénotypé RhKell

EFS.GHE 07AOU2024 12:39

Contrôle à réception
 Contrôle à réception conforme : Oui Non
 Réception : Par MA [] IDE Date : 07/08/24 Heure : 12h45
 Nombre total de produits reçus : 3
 La transfusion de tout PSL débute au plus tard dans les six heures qui suivent l'heure de sa réception dans le service de soins, dans les limites de sa prescription
 Transfusion le produit sanguin par voie intraveineuse au moyen d'un dispositif muni d'un filtre

Traçabilité PSL

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)
04171 59243733708	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	CL [] P IDE	07/08/24 13:20	13h00 T: 36,8 - TA = 97/54 - P = 96 - SAT: 98% 36,3°C / 104/57/P. 83 bpm / SAT 96% 36,6°C / 104/53/P. 81 bpm / SAT 96%
04171 59241958743	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	CL [] P IDE	07/08/24 14:40	36,8°C / 105/58/P. 86 bpm / SAT 98% 36,8°C / 100/63/P. 86 bpm / SAT 97%
04171 59241721252	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	GI [] P IDE	07/08/24 15:40	36,7°C / 110/56 / P. 76 bpm / SAT 98% 36,8°C / 108/56 / P. 85 bpm / SAT 97%

(1) Contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les auto-logues
 Effort indésirable receveur : Le noter, prévenir rapidement le site de délivrance ainsi que le correspondant d'hémovigilance de l'ES
 (2) Produit détruit par l'ES. Date et cause de destruction
 Produit retourné à l'EFS : Date et motif de retour
 Compléter la partie traçabilité en zone "Commentaires"
 Effort indésirable receveur : Le noter, prévenir rapidement le site de délivrance ainsi que le correspondant d'hémovigilance de l'ES

FUILLLET DESTINE A L'HEMOVIGILANCE

Exemple d'une fiche de délivrance

FICHE DE DELIVRANCE

Délivré le : 13/01/2025 19:52 EFS Auvergne-Rhône-Alpes Site du Groupement Hospitalier EST 6756576
 Délivré par : T0VB 28, avenue du Doyen Lépine EtatsVobdEfs1page.EFS.QRP
 Edité le : 13/01/2025 19:53 69677 Bron Cedex Tél: 04 72 35 78 50 Fax: 04 78 53 54 00 Page n° 1/1

Etablissement / Patient

Etablissement de santé HCL CARDIOLOGIQUE 28, avenue Doyen Lépine (BRON) Code : 33 Service : 33107 Réa 1 Unité 11 adulte Prescripteur : Dr [REDACTED] Ordonnance - 2025001045	Patient N° de patient ES : NIP [REDACTED] ADM : 702 [REDACTED] Nom de naissance : DE [REDACTED] Nom utilisé : [REDACTED] Prénom(s) : Sa [REDACTED] Date de naissance : 20/0 [REDACTED] Sexe : F N° patient EFS : 462 [REDACTED]
---	--

Données immuno-hématologiques - Consignes transfusionnelles

ABO D : O+ 08/01/2025 Phénotype : D+ C+ E+ c+ e+ K-
 O+ 08/01/2025 RH:1,2,3,4,5; KEL-1
 Dernière RAI le : 13/01/2025 RAI Négative
 Anticorps Irréguliers :
 Protocoles transfusionnels : Phénotypé RHKEL (F)
 Consignes transfusionnelles :
 Commentaire de délivrance : Délivrance de 2 produits plaquettaires pour respecter la posologie recommandée (0,5 à 0,7.10¹¹ pour 10 kg de poids)

Produit	Numéro / lot	Groupe / Phénotype	Qualification
12250 MCPS AMOTO UD1 Périmé le : 17/01/2025 12:56 Volume : 189 ml QPA : 3.30	59257042318	O+ Rh+ RH:1	
12260 MCPS AMOTO UD2 Périmé le : 17/01/2025 12:56 Volume : 178 ml QPA : 3.20	59257042318	O+ Rh+ RH:1	

Contrôle à réception

Contrôle à réception conforme : Oui Non
 Réception : Par : [REDACTED] Nombre total de produits reçus : 2
 Date : 13/01 Heure : 19h
 La transfusion de tout PSL débute au plus tard dans les six heures qui suivent l'heure de sa réception dans le service de soins, dans les limites de sa péremption.
 Transfuser le produit sanguin par voie intraveineuse au moyen d'un dispositif muni d'un filtre.

Traçabilité PSL

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)
12260 O+ 59257042318	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	[REDACTED]	13/01 20:25	
12250 O+ 59257042318	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	[REDACTED]	13/01 20:30	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Le contrôle ultime en présence du malade est obligatoire avant la transfusion
 (1) contrôle ultime de concordance des documents pour tous les PSL
 (2) contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les autologues
 (3) Produit détruit par l'ES : Date et cause de destruction
 Produit retourné à l'EFS : Date et motif de retour
 Compléter la partie traçabilité en zone "Commentaires"
 Etiket indésirable recevoir : Le noter, prévenir rapidement le site de délivrance ainsi que le correspondant d'hémovigilance

FEBREZ DESTINE A L'HEMOVIGILANCE

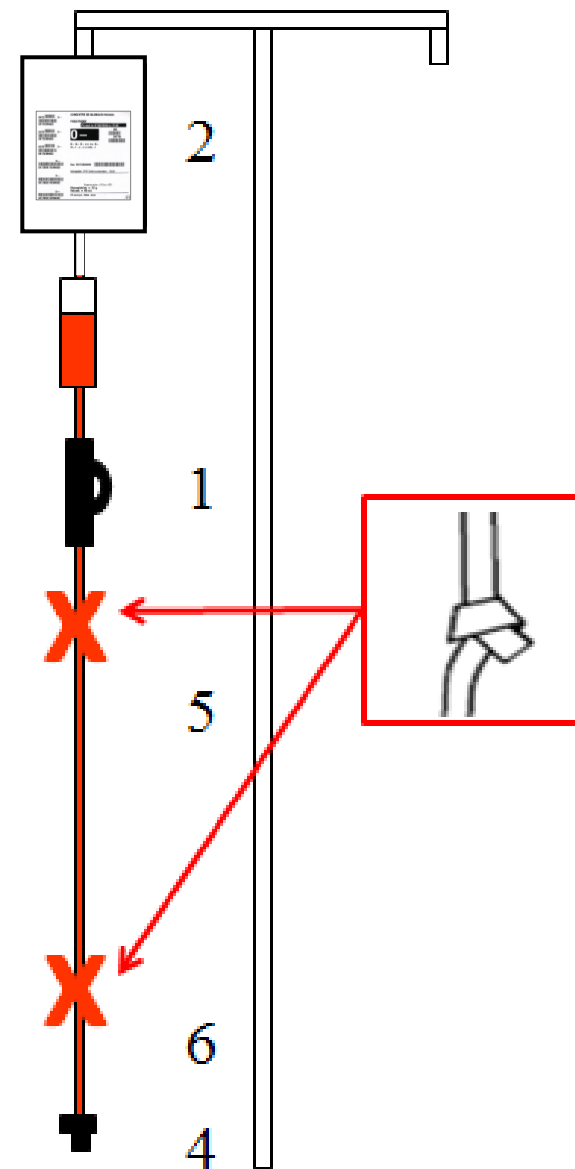
- Transfusion de 2 MCP
- Commentaire EFS
- Même don : 1 chiffre différent
- Ordre de transfusion
- Pas de test de compatibilité

Comment conserver un PSL en fin de transfusion - INSTRUCTION du 16 novembre 2021

« Le débranchement du PSL doit être réalisé **systematiquement** selon la **technique du « double nœud »** ».

- 1- Clamper avec la roulette du clamp si ce n'est déjà fait (ce clampage est insuffisant pour l'analyse bactériologique du PSL)
- 2- Laisser impérativement la poche sur la potence **pour éviter tout reflux**
- 3- Débrancher la tubulure de perfusion du patient
- 4- Boucher l'extrémité (bouchon ou à défaut les robinets en T) pour éviter les projections
- 5- Effectuer avec la tubulure un premier nœud (**bien serré**) de quelques centimètres sous le filtre
- 6- Effectuer un deuxième nœud à l'extrémité distale de la tubulure
- 7- La poche est prête à être conservée pour une exploration bactériologique
- 8- La poche peut être décrochée de la potence

GARDER : les poches vides + tubulures + cartes de contrôle pré transfusionnel
au moins **4 heures** après la fin de la dernière transfusion



Les signes cliniques qui doivent vous faire arrêter une transfusion

EFFET INDÉSIRABLE RECEVEUR : EIR

« Apparition au cours ou immédiatement après une transfusion sanguine, de manifestations cliniques inexplicables par l'état clinique du patient »

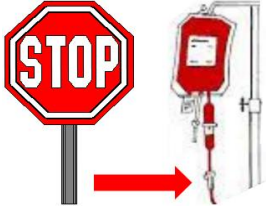
- Frissons
- Hypo/hyperthermie
- Hypo/hypertension

- Douleurs lombaires / thoraciques
- Agitation

- Rougeur, urticaire, rush cutané, prurit
- Nausées, vomissements, diarrhées
- Signes d'OAP
- Sensation de malaise
- Oligurie, urines colorées

Et d'autres

Effet Indésirable Receveur (EIR) : Conduite à tenir

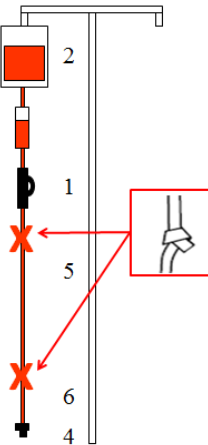


- Arrêter la transfusion
- Garder la voie d'abord
- Appeler le médecin et suivre les prescriptions (chariot d'urgence)
- Surveiller le patient



- Déclarer l'EIR : appeler l'EFS et envoyer :

- Le(s) PSL avec tubulure(s) et carte(s) de contrôle
- 1 tube GS + 1 tube ACI et plus selon indications de l'EFS et signes cliniques
- La demande d'analyse suite EIR complétée par le médecin
- Les feuillets roses avec notification de l'incident dans la case « commentaires »
- Les feuillets jaunes avec notification de l'incident sont archivés dans le dossier transfusionnel du patient



- Hémocultures :

à envoyer au laboratoire de bactériologie : suspicion d'Incident Bactérien Transmis par Transfusion (IBTT)



Effet Indésirable Receveur

Déclaration
Effet Indésirable
Receveur



- Bloquer les PSL issus du même don
- Examen du/des PSL

Hémovigilance



Dossier patient



« Tous les incidents, quelle que soit leur nature, doivent être déclarés dans les 8 heures par la personne qui les a constatés. De même, l'annotation «incident transfusionnel» doit figurer sur le bon rose de traçabilité. »

Code de la Santé art.R666-12-24 : Obligation de déclaration aux professionnels de santé

Traçabilité PSL					
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)
04171 A+ 59243765347	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	JE <input type="text"/> I.D.C	02/09/26 15:40	Hyperthermie sur la fin de la transfusion. 10% résistée par le patient Hyperthermie à 38.1°C. En renvoyée à l'EFSS
	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"/>		_/_/_ _:_	

- **Tout PSL non transfusé est renvoyé à l'EFSS**
- **Aucun PSL ne doit être jeté en service**
- **La cause est notée dans la case « commentaires »**

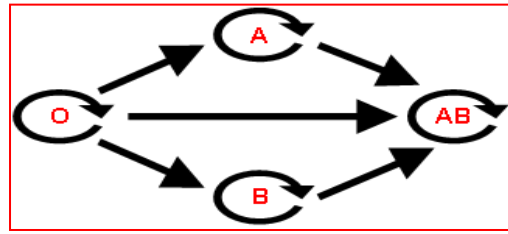
Suivi post transfusionnel

« Suite à un épisode transfusionnel, une RAI doit être réalisée dans un délai de 1 à 3 mois après la transfusion.

Les résultats de cette RAI sont transmis au prescripteur, et au site de délivrance lorsque l'examen n'a pas été réalisé par le laboratoire de la structure de délivrance. »

**REALISATION d'une
Carte de Contrôle Pré Transfusionnel
ou TEST de Compatibilité ABO
Avant transfusion de CGR**





ISOGROUPE

Même groupe ABO pour le donneur et le receveur

NON ISOGROUPE COMPATIBLE : avis médical selon E.S.

Groupe sanguin **différent** entre le donneur et le receveur et pouvant être transfusé.

Exemple : CGR de groupe O transfusé à un patient de groupe A

INCOMPATIBLE

Groupe sanguin **différent** entre le donneur et le receveur mais
ne pouvant pas être transfusé

= Accident ABO

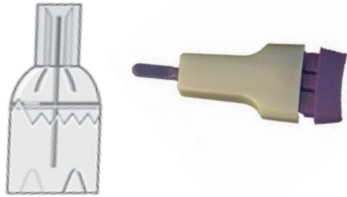
Exemple : CGR de groupe A transfusé à un patient de groupe B

Les cartes de Contrôle Ultime Pré Transfusionnel DIAGAST

SAFETY CARD



AB TEST CARD



- 4 spatules
- Sérum physiologique
- 1 pique-doigt
- 1 perce-tube
- 1 film adhésif

SAFETY CARD AB

Patient (Nom & Prénom) : _____ Culot Globulaire N° : _____
 Nom de jeune fille : _____
 Date de naissance : _____

1 Déposer 1 de sang du patient dans et 1 de sang du culot dans .

2 Déposer 1 d'eau physiologique NaCl 0,9% dans les 4 alvéoles.

3 Prélèver et déposer le sang en une seule fois dans chaque alvéole de la même colonne en changeant de spatule à chaque transfert, puis mélanger en évitant toute contamination.

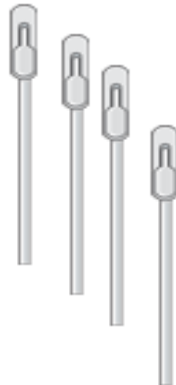
4 Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes, puis interpréter.

«Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le culot à transfuser et négative avec le patient **interdit la transfusion.**»

En cas de doute, contacter le médecin encadrant la transfusion.

Conclusion : transfuser **OUI** - **NON**

LOT / Réalisé au lit du patient par (Nom) : _____
 238000 /
 2017-12 / Date : _____ Heure : _____ Signature : _____



- Pas de spatules
- Solution verte WS
- 1 pique-doigt
- 1 perce-tube
- 1 sachet dessiccateur



Carte de Contrôle Ultime Pré Transfusionnel BIO-RAD

SERAFOL



- 5 spatules-pipettes
- Sérum physiologique
- 1 pique-doigt
- 1 perce-tube
- 1 film adhésif

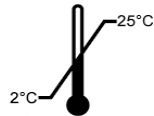


RECEVEUR	Sang / Blood	Anti-A	Anti-B	RECEVEUR
POCHET	Sang / Blood	Anti-A	Anti-B	POCHET
Serafol®		USAGE / USE IN VITRO		
sifin		BIO-RAD		
RECEVEUR	Nom usuel / Name		Nom de naissance / Name at birth	
	Prénom / First name		Date de naissance / Date of birth	
No. poche / Unit no.:				
RESULTS	+: Agglutination	Anti-A <input type="radio"/>	Anti-B <input type="radio"/>	Receveur Recipient
	--: Pas d'agglutination No agglutination	Anti-A <input type="radio"/>	Anti-B <input type="radio"/>	Pochet Unit of blood
Décision Decision	Transfusion possible	OUI YES <input type="checkbox"/>	NON NO <input type="checkbox"/>	
Opérateur Operator	Date	Nom / Name		
	Service	Signature		
Médecin Physician	Nom / Name = Nom du médecin responsable de la transfusion = Name of physician responsible for the transfusion			

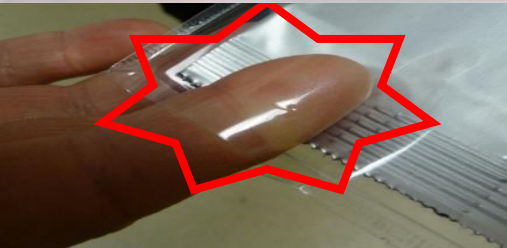
0170117 2019-05



Vérifier :
- l'intégrité de l'emballage
- la date de péremption



Vérifier :
- l'intégrité de l'emballage
- la date de péremption



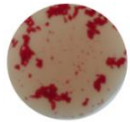
Vérifier :
- l'intégrité de l'emballage
- la date de péremption

Cartes de Contrôle Ultime Pré Transfusionnel : 2 techniques

Utilisation de **sérum physiologique** pour :

- Carte SERAFOL
- Carte SAFETY

REACTION : AGGLUTINATION



Utilisation de **solution verte WS** pour :

- A B Test CARD

REACTION : POINT ROUGE / VERT



Serafol® USAGE / USE IN VITRO
sifin 13088 Berlin, Allemagne **BIO-RAD**

Lot no.: 050415 Date exp.: 2017-04

Sang / Blood	Anti-A	Anti-B
Sang / Blood	Anti-A	Anti-B

Lot no.: 050415 Date exp.: 2017-04

+	Agglutination	Receveur / Recipient
○	Pas d'agglutination / No agglutination	Poche / Unit of blood

Decision: Transfusion possible OUI YES NON NO

Opérateur / Operator: _____ Date: _____

Médecin / Physician: _____

SAFETY CARD AB DIAGAST

Patient (Nom & Prénom): _____ Culot Globulaire N°: _____

Nom de jeune fille: _____

Date de naissance: _____

1 Déposer 1 de sang du patient dans et 1 de sang du culot dans .

2 Déposer 1 d'eau physiologique NaCl 0,9% dans les 4 alvéoles.

3 Prélever et déposer le sang en une seule fois dans chaque alvéole de la même colonne en changeant de spatule à chaque transfert puis mélanger en évitant toute contamination.

4 Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes, puis interpréter.

«Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le culot à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion.»

En cas de doute, contacter le médecin encadrant la transfusion.

Conclusion : transfuser OUI - NON

Lot / Réalisé au lit du patient par (Nom): 238000 Date: _____ Heure: _____ Signature: _____

ABTest Card® CC 0459 DIAGAST

PATIENT Anti-A Anti-B

CGR 12071 460000 2018-10

1 Bien hydrater 2 Déposer le sang 3 Remplir complètement 4 Pos.(+) / Neg.(0) Interpréter

Contrôle «Dépôt de sang»	Réaction	Transfusion
Oui <input type="checkbox"/>	Noter + / 0	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

«Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec la CGR à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion.»

Nom et Prénom: _____ CGR n°: _____

Nom de naissance: _____

Date de naissance: _____

Test réalisé par: _____ Date: _____


Nom et prénom: _____

Signature: _____ Heure: _____

Cartes de Contrôle Ultime Pré Transfusionnel : présentation

Les réactifs sont des Anticorps qui vont réagir avec les antigènes présents sur les globules rouge du patient et du CGR :

- Bleu : anti A
- Jaune : anti B


SAFETY CARD AB 

Patient (Nom & Prénom) : _____ Culot Globulaire N° : _____


Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Patient




Anti-A




Anti-B





Culot




Anti-A



Anti-B

1 Déposer 1  de sang du patient dans  et 1  de sang du culot dans .

2 Déposer 1  d'eau physiologique NaCl 0,9% dans les 4 alvéoles.


3 Prélever et déposer le sang en une seule fois dans chaque alvéole de la même colonne en changeant de spatule à chaque transfert puis mélanger en évitant toute contamination.


4 Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative **poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes**, puis interpréter.

«Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le culot à transfuser et négative avec le patient **interdit la transfusion.**»


En cas de doute, contacter le médecin encadrant la transfusion.




Conclusion : transfuser OUI - NON


LOT /  Réalisé au lit du patient par (Nom) : _____




238000 /  Date : _____ Heure : _____ Signature : _____

2017-12



Sang/Blood **Anti-A** **Anti-B**  2019-05

Sang/Blood **Anti-A** **Anti-B**  0170117

Serafol® **USAGE / USE IN VITRO**

Nom usuel / Name _____ Nom de naissance / Name at birth _____

Prénom / First name _____ Date de naissance / Date of birth _____

No. poche / Unit no.: _____

RESULTS

+ : Agglutination Anti-A Anti-B **Receveur Recipient**

- : Pas d'agglutination No agglutination Anti-A Anti-B **Poche Unit of blood**

Décision Decision Transfusion possible OUI YES NON NO


Date _____ Nom / Name _____

Opérateur Operator Service _____ Signature _____


Médecin Physician _____

Nom / Name _____

= Nom du médecin responsable de la transfusion = Name of physician responsible for the transfusion





 2019-05

0170117





ABTest Card® **CE 0459** 

PATIENT **CGR**

Anti-A **Anti-B**

1  Bien hydrater 2  Déposer le sang 3  Remplir complètement 4  Pos (+) / Neg (-) Interpréter

Contrôle «Dépôt de sang» Réaction Transfusion

Oui  Neter + / 0  Oui  Non 

« Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion »

Nom et Prénom : _____ CGR n° : _____


Nom de naissance : _____

Date de naissance : _____

Test réalisé par : _____ Date : _____

Nom et prénom : _____

Signature : _____ Heure : _____

 2018-10

DIAGAST - 251, AV. AVINER - 59129 LOOS - FRANCE

Cartes cartonnées

Carte en relief



Renseigner la carte



- Etiquette patient ou noter l'identité du patient:
 - Nom
 - Nom d'usage
 - Prénom
 - Date de naissance
- Etiquette code barre du CGR ou noter les 16 chiffres

SAFETY CARD AB DIAGAST

Patient: [blacked out] Cuiot Globulaire N°: [blacked out]

Pr 22-09-1929 N 590 125 7 0 M

Code... 59150570524

Prélever et déposer le sang en une seule fois dans chaque alvéole de la même option en changeant de spatule à chaque transfert puis mélanger en évitant toute contamination.

Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes, puis réinterpréter.

Conclusion : transfuser **OUI** - NON

LOT 238000 2017-12 Réalisée au lit du patient par (Nom) : Date : Heure : Signature :

SAFETY CARD AB DIAGAST

H 222 444 888 18 02 1972 Cuiot Globulaire N°: [blacked out]

ESPOIR magali F 04771 59140025511

FALTIVIRE 33000 Unité 8888

Serafol sifin **USAGE / USE IN VITRO** **BIO-RAD**

RECEVEUR / RECIPIENT

H 644 821 648 0 12-03-1933 GRANGE blanche F

HERRIOT Prénom / First name Date

21770 ZSTCD PAV N

No. poche / Unit no.: **AB +** 2019-05

04 17 159 1740 22645

Serafol sifin **USAGE / USE IN VITRO** **BIO-RAD**

RECEVEUR / RECIPIENT

Sang / Blood Anti-A Anti-B

2019-05

RECEVEUR / RECIPIENT

Sang / Blood Anti-A Anti-B

0170117 2019-05

RECEVEUR / RECIPIENT

Nom usuel / Name Nom de naissance / Name at birth

Prénom / First name Date de naissance / Date of birth

No. poche / Unit no.:

RECEVEUR / RECIPIENT

+: Agglutination Anti-A Anti-B Receveur / Recipient

-: Pas d'agglutination No agglutination Anti-A Anti-B Poche / Unit of blood

Decision Transfusion possible OUI YES NON NO

Opérateur / Operator Date Nom / Name

Service Signature

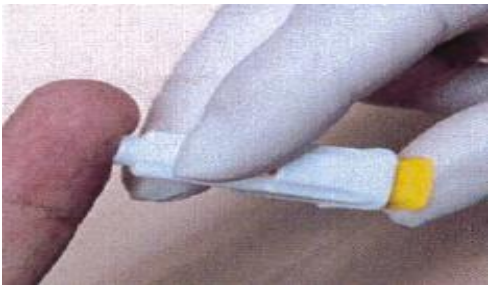
Médecin / Physician = Nom du médecin responsable de la transfusion / Name of physician responsible for the transfusion

Uniquement pour l'AB TEST CARD

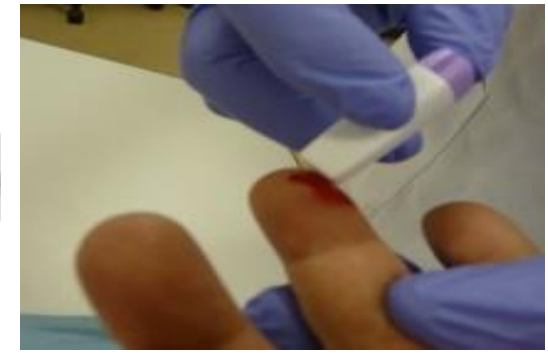
Hydrater :

Déposer une grosse goutte de solution WS sur chacune des zones réactives





Déposer le sang du patient

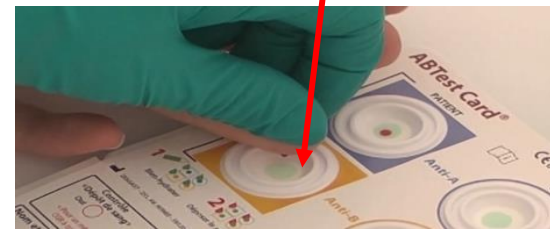
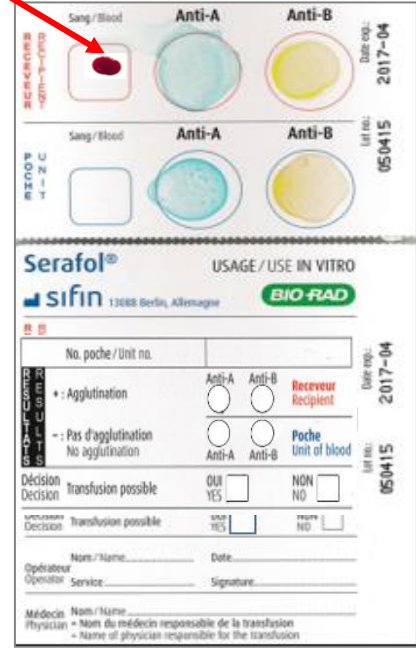


Déposer la goutte sur le carré patient ou carré rouge receveur de la carte pour :

SAFETY CARD AB et SERAFOL

Déposer la goutte **directement** dans les puits bleu et jaune patient de la carte pour :

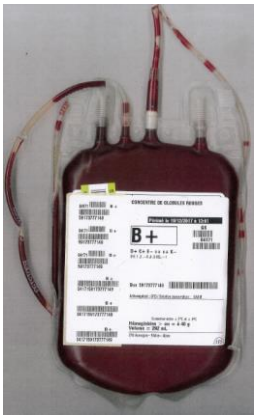
AB TEST CARD



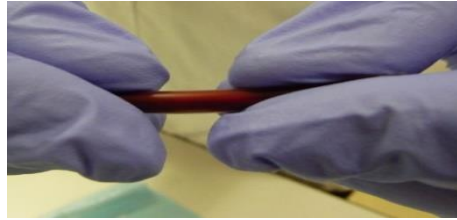
Risque de contamination entre les cercles

Pas de contamination possible entre les cercles

Déposer une goutte de sang du CGR avec le perce tube



Homogénéiser le segment de tubulure

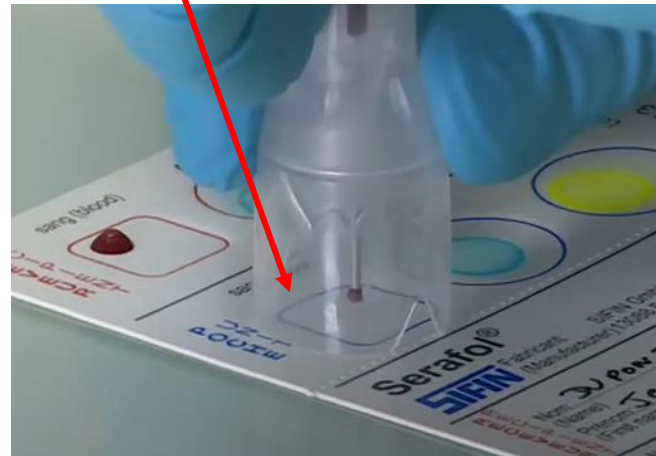
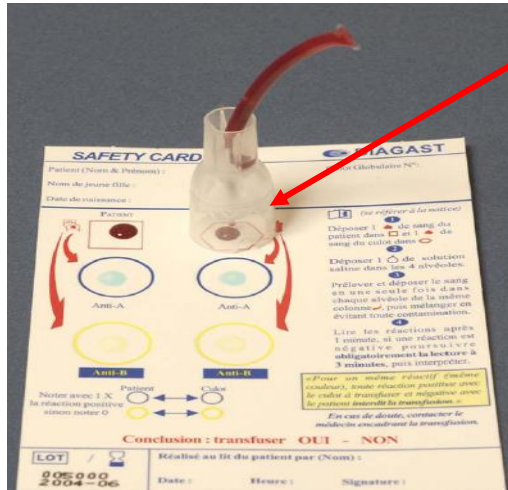


Puis percer la tubulure



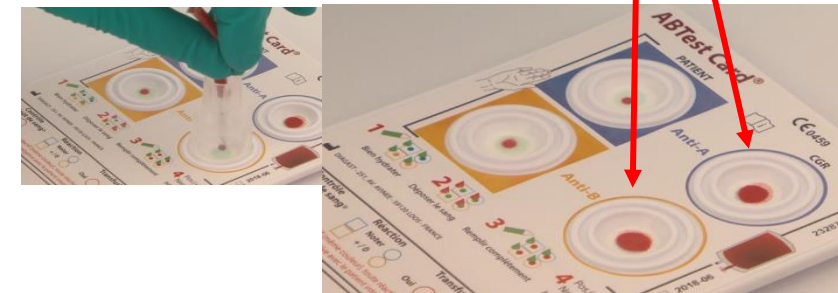
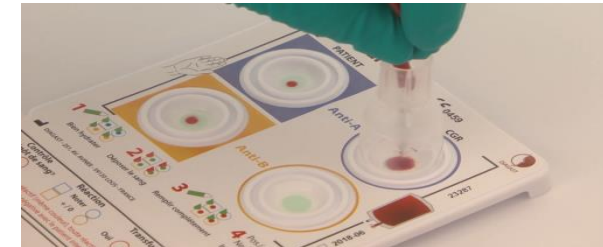
SAFETY CARD AB et SERAFOL

Déposer la goutte sur la zone CGR ou carré bleu poche de la carte



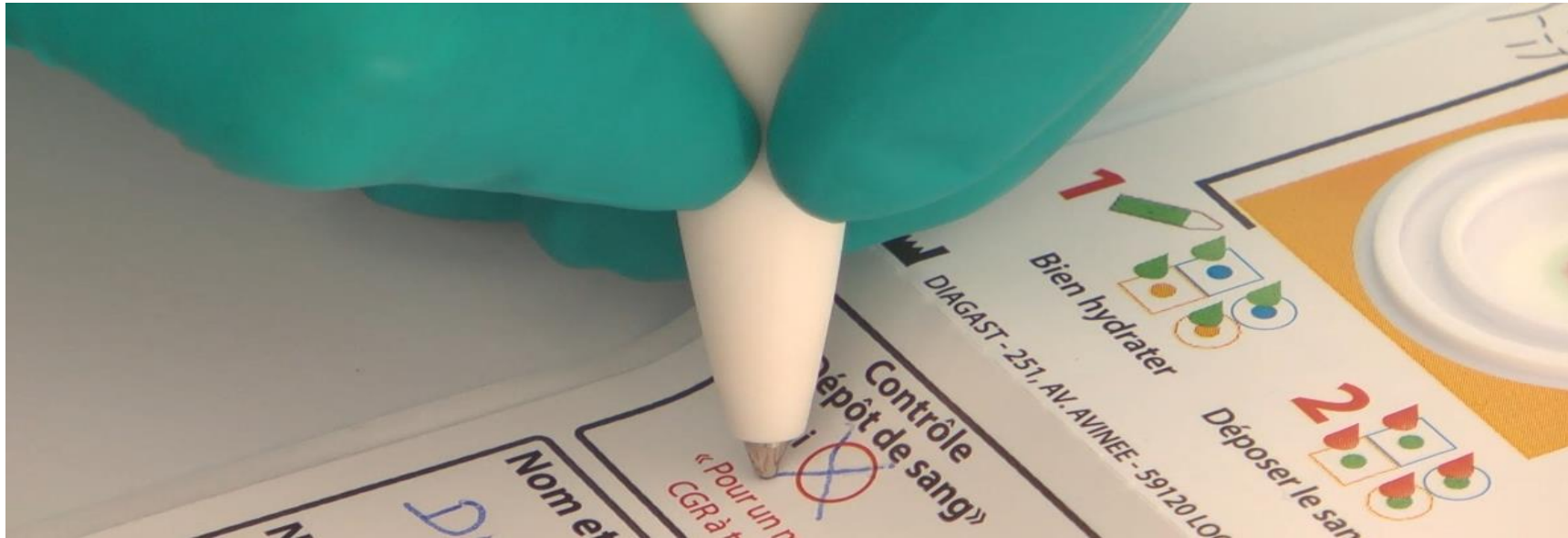
AB TEST CARD

Déposer la goutte **directement** dans les puits bleu et jaune CGR de la carte



Uniquement pour l'AB TEST CARD

Vérifier le dépôt sur chaque puits
Cocher la case « Contrôle Dépôt de sang »

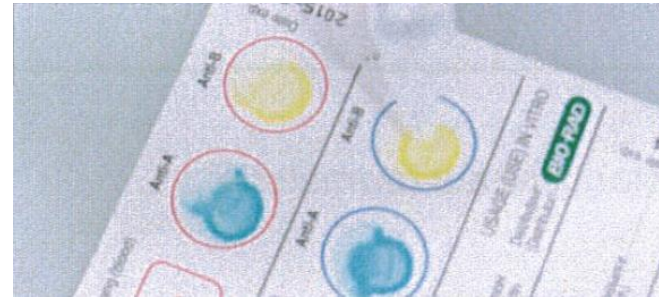
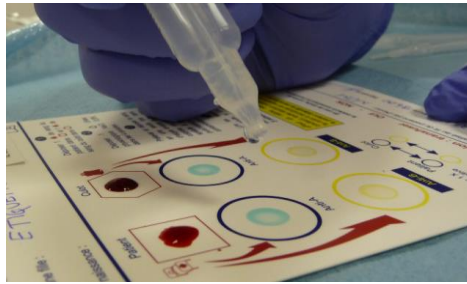


Uniquement pour les cartes SAFETY et SERAFOL

Réhydratez les réactifs avec le **sérum physiologique**

NE JAMAIS UTILISER :

- **EAU POUR PREPARATION INJECTABLE**
- **EAU STERILE**

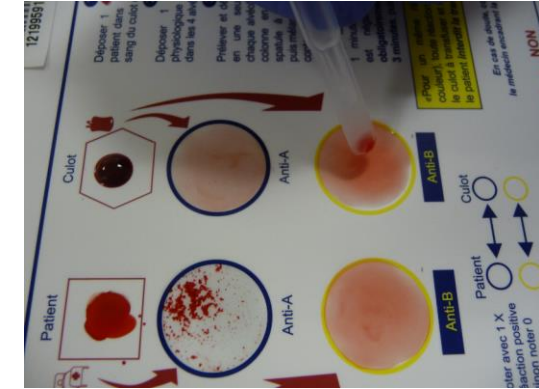
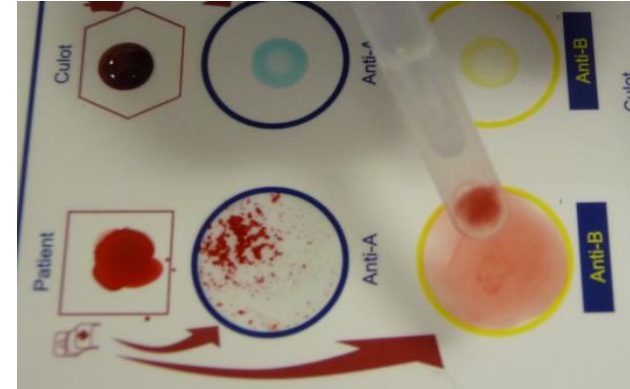
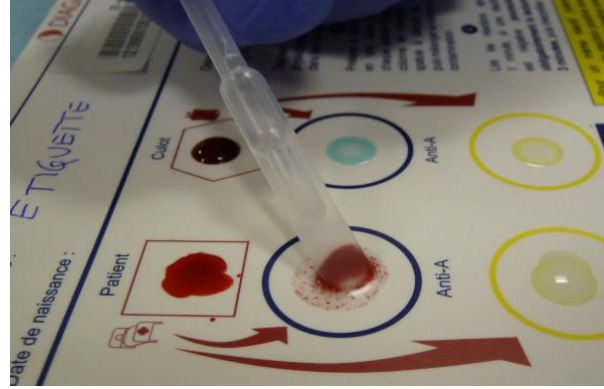


Ne pas toucher les réactifs avec l'embout de la pipette

Attention!

les contaminations entre cercles de réactifs peuvent provoquer des réactions ininterprétables.

Uniquement pour les cartes SAFETY et SERAFOL



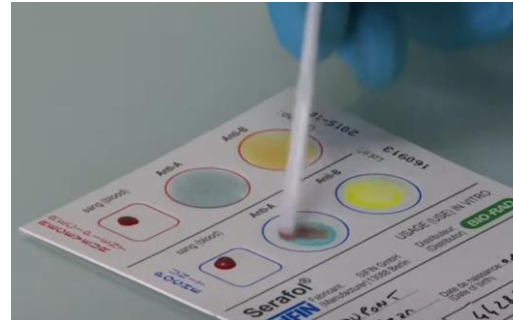
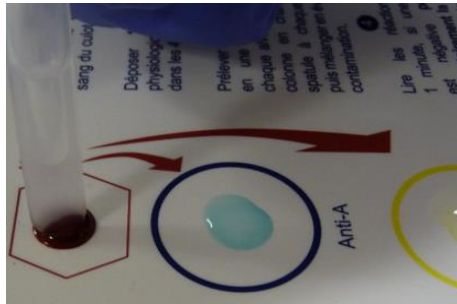
Une spatule par cercle de réactif

Ne jamais revenir sur la zone dépôt de goutte

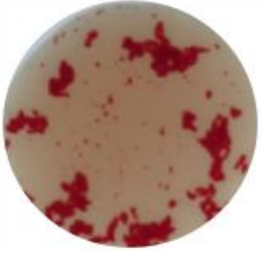
Etirer jusqu'à la limite du cercle

Attention : prendre peu de Globules Rouges

Pointer à la verticale dans la goutte



Interpréter



- ❖ L'agglutination traduit la présence d'un Ag
- ❖ Le point rouge traduit la présence d'un Ag
- ❖ **Ne pas apporter au receveur un Ag qu'il n'a pas sur ses globules rouges**



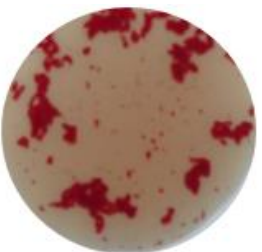
SAFETY CARD AB et SERAFOL

Noter la lecture

AB TEST CARD



O = absence d'agglutination ou
couleur verte ou translucide
= absence d'antigène
= réaction négative

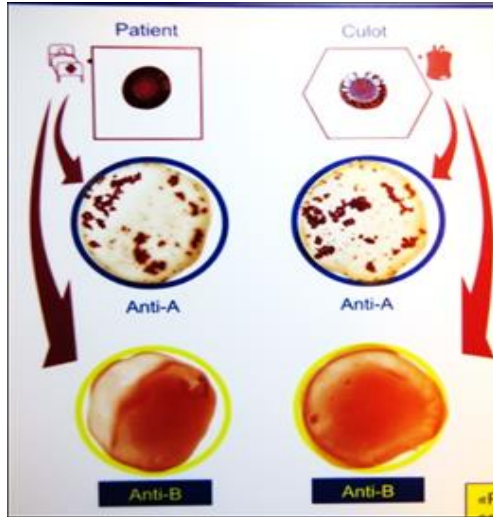


X = présence d'agglutination ou
point rouge
= présence d'antigène
= réaction positive



Interpréter les réactions : cas n° 1

SAFETY CARD AB et AB TEST CARD



ISOGROUPE

Patient

CGR

X

X

Agglutinations présentes / point rouge

0

0

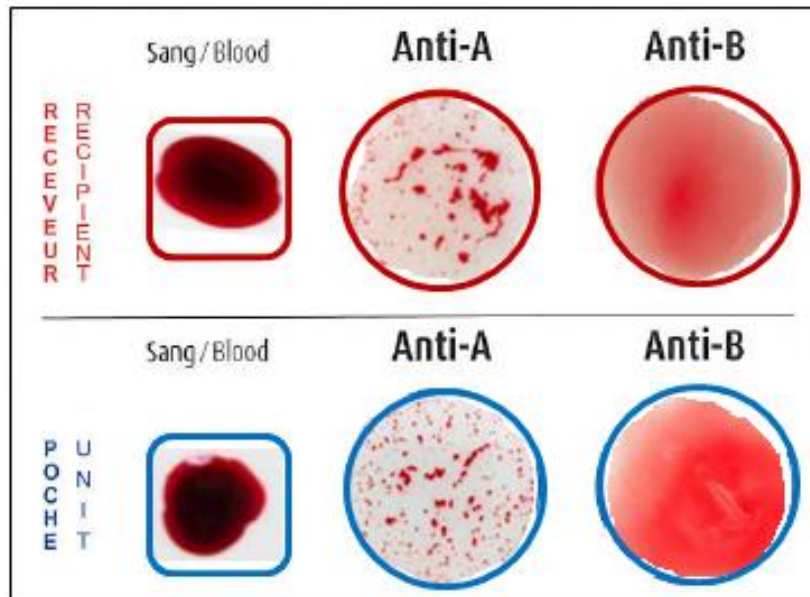
Agglutinations absentes / point vert

Conclusion : transfuser **OUI** NON

Interpréter les réactions : cas n° 1

SERAFOL

ISOGROUPE



X

Patient

0

X

CGR/poche

0

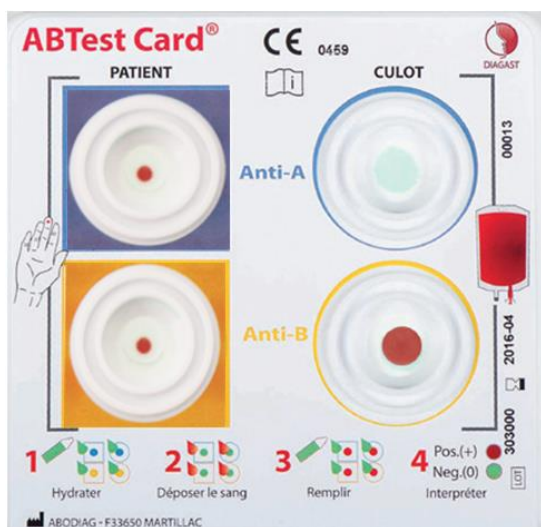
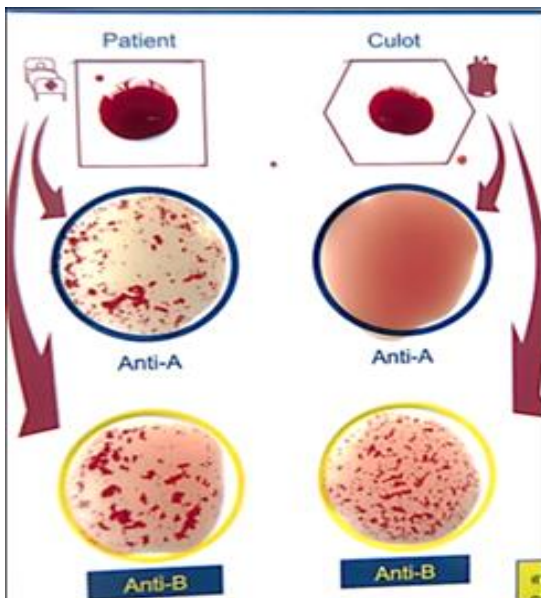
Agglutinations
présentes

Agglutinations
absentes

Conclusion : transfuser **OUI** NON

Interpréter les réactions : cas n° 2

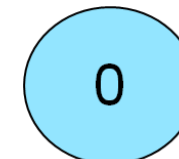
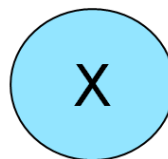
SAFETY CARD AB et AB TEST CARD



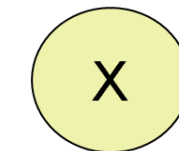
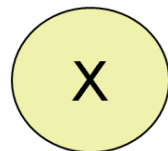
Non isogroupe COMPATIBLE

Patient

CGR



Une seule agglutination présente / un seul point rouge côté **patient**



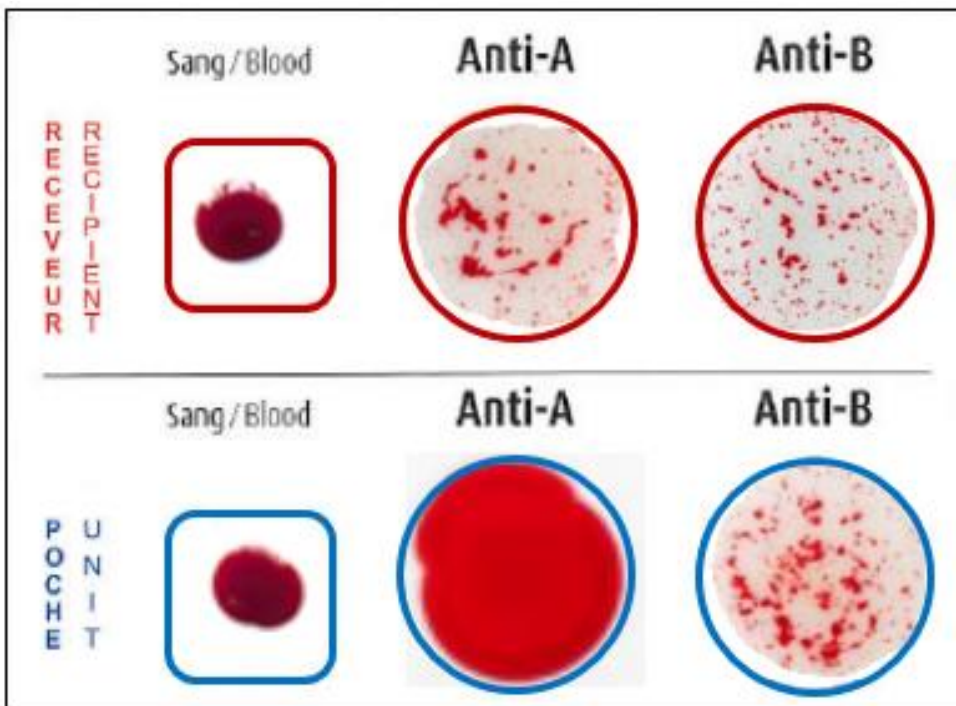
Agglutinations présentes / point rouge

Conclusion : transfuser **OUI** NON

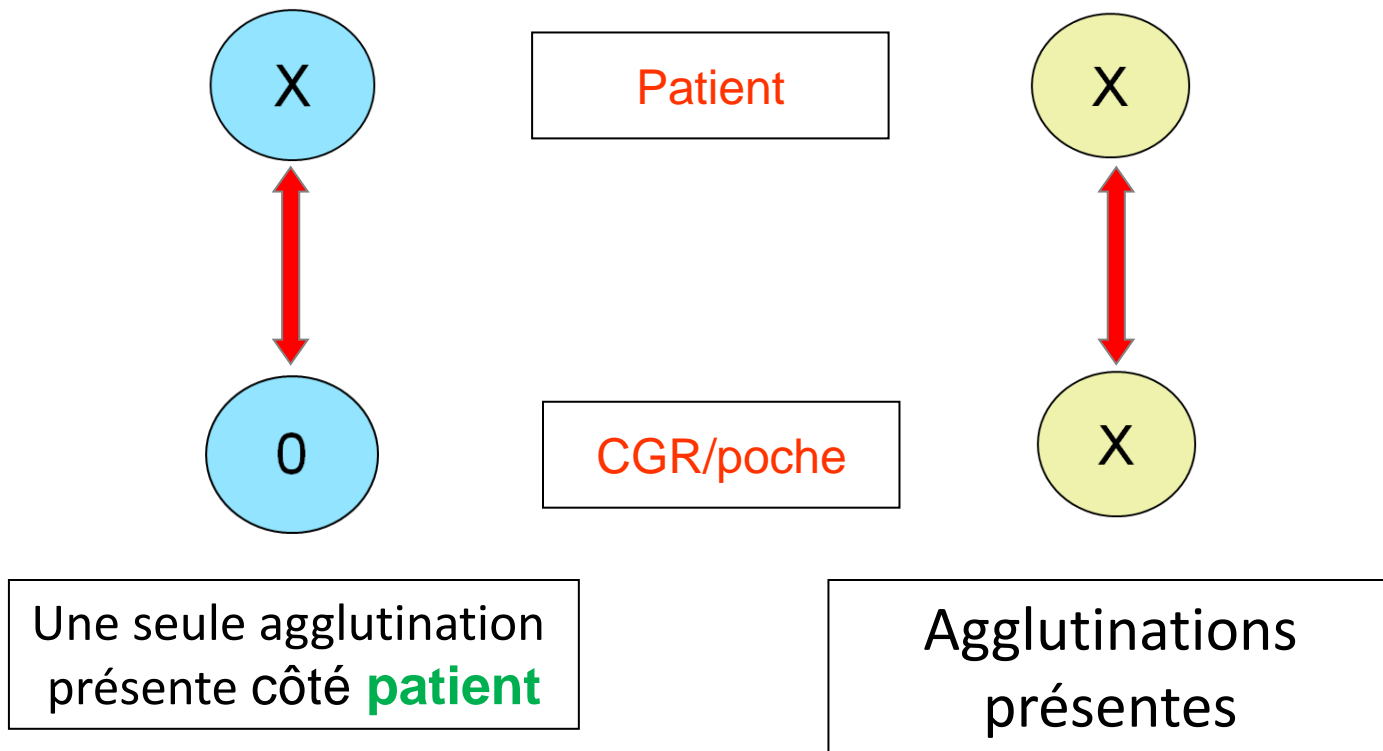
avis médical complémentaire selon ES

Interpréter les réactions : cas n° 2

SERAFOL



Non isogroupe COMPATIBLE

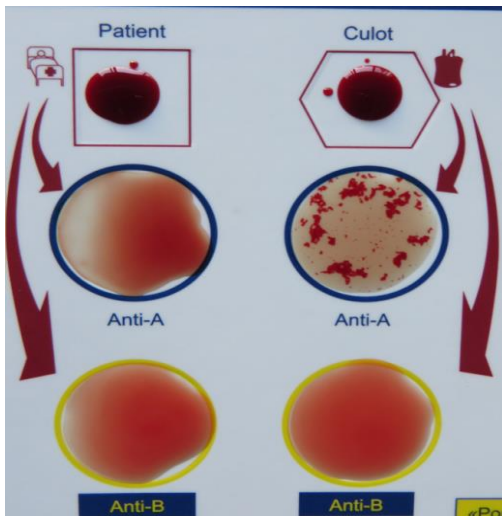


Conclusion : transfuser **OUI** NON

avis médical complémentaire selon ES

Interpréter les réactions : cas n° 3

SAFETY CARD AB et AB TEST CARD



INCOMPATIBILITE

Patient

CGR

0

X

Une seule agglutination présente / un seul point rouge côté **CGR**

0

0

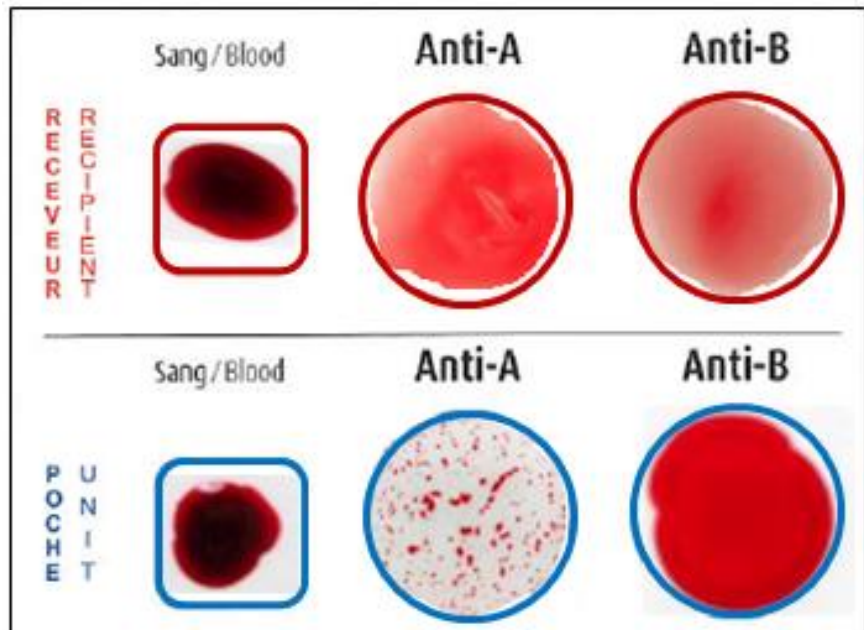
Agglutinations absentes

Conclusion : transfuser OUI **NON**

Interpréter les réactions : cas n° 3

SERAFOL

INCOMPATIBILITE



0

Patient

0

X

CGR/poche

0

Une seule agglutination présente
côté **CGR**

Agglutinations
absentes

Conclusion : transfuser OUI **NON**

INCOMPATIBILITE = ACCIDENT ABO

SAFETY CARD AB DIAGAST

Patient (Nom & Prénom): CGR N°:

Non de naissance: Date de naissance:

« Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient **interdit la transfusion** »

En cas de doute, contacter le médecin encadrant la transfusion.

Conclusion : transfuser OUI - NON

Réalisé au lit du patient par (Nom): Date: Heure: Signature:

« Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient **interdit la transfusion** »

BIO-RAD

Notice d'utilisation

- Ouvrir l'emballage et sortir la carte.
- Compléter la carte avec l'ensemble des informations demandées.
- Déposer une goutte de sang du receveur sur le carré receveur.
- Déposer une goutte de sang de la poche sur le carré donneur.
- Ajouter une petite goutte de sérum physiologique sur chaque champ réactionnel.
- À l'aide d'un agitateur, placer une petite goutte de sang du champ du receveur sur le champ de réaction Anti-A et Anti-B du receveur (*). Remuer chaque champ pendant 30 secondes avec un agitateur jusqu'à ce que le réactif soit complètement dissous.
- Faire de même à partir du carré donneur pour la partie donneur (*) et mélanger.
- Poser à plat la carte pendant 30 secondes environ. Ensuite, faire tourner légèrement la carte ou la basculer de tous les côtés, et vérifier l'agglutination au bout de 60 à 90 secondes.
- Dans la zone « résultats », indiquer par « + » ou « - » les réactions ciblées.
- Compléter la zone de décision transfusionnelle: pour un même réactif (Anti-A d'une part, Anti-B d'autre part), toute réaction positive avec la poche à transfuser et négative avec le receveur interdit la transfusion.
- Découper la partie haute réactionnelle et conserver la partie basse dans le dossier du receveur.
- Essayer soigneusement l'agitateur ou changer d'agitateur en cas d'utilisation de matériel à usage unique.

Interprétation des résultats (Interpretation of the results)

○ Pas d'agglutination (No agglutination): -

⊕ Agglutination: +

Attention, voir notice d'instruction (Caution, refer to accompanying documents)

ABTest Card CE 0459 DIAGAST

PATIENT CGR

Anti-A Anti-B

1 Bien hydrater 2 Déposer le sang 3 Remplir complètement 4 Pos (+) Neg (0) Interpréter

« Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion »

Contrôle «Dépôt de sang» Réaction Transfusion

Oui Non

Noter +/0

« Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion »

Nom et Prénom: CGR n°:

Anti-B Anti-B

Noter avec 1 X la réaction positive sinon noter 0

Patient CGR

Conclusion : transfuser OUI - NON

En cas de doute, contacter le médecin encadrant la transfusion.

Contrôle «Dépôt de sang» Réaction Transfusion

Oui Non

Noter +/0

« Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion »

Je ne transfuse PAS

Sang/Blood Anti-A Anti-B

Sang/Blood Anti-A Anti-B

Agglutination (+) in Anti-A and Anti-B wells.

Je ne transfuse PAS

ABTest Card CE 0459 DIAGAST

PATIENT CGR

Anti-A Anti-B

1 Bien hydrater 2 Déposer le sang 3 Remplir complètement 4 Pos (+) Neg (0) Interpréter

Ce qu'il faut retenir

DEPOSE du SANG :

- ❖ Dans TOUS les cas , quelque soit le dispositif du test de compatibilité :
- ❖ On met toujours le sang du patient dans un réactif bleu et jaune sur une même ligne
- ❖ On met toujours le sang du CGR dans un réactif bleu et jaune sur une même ligne

INTERPRETATION :

- ❖ Dans TOUS les cas , quelque soit le dispositif, on compare toujours les réactions d'une même couleur d'Anticorps :
 - les deux « bleu » : Anticorps A
 - les deux « jaune » : Anticorps B
- ❖ Une réaction **positive** côté CGR et **négative** côté patient pour la même couleur de réactif **interdit** la transfusion



Conduite à Tenir en cas de difficulté d'interprétation

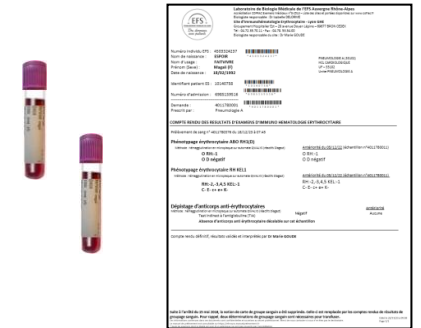


- Ne jamais transfuser
- Refaire le contrôle/demander à une collègue de le refaire
- Demander l'avis du médecin responsable de la transfusion
- Téléphoner à l'EFS

*« **Toute discordance, non-conformité, difficulté ou doute** dans l'interprétation, portant soit sur le contrôle ultime de concordance, soit sur le contrôle ultime de compatibilité **conduit à suspendre la transfusion de PSL** et impose un contact avec le médecin responsable de la transfusion. Celui-ci contacte, si nécessaire, le médecin ou le pharmacien habilité à délivrer un conseil transfusionnel. »*

CONCLUSION

- **Effectuez systématiquement selon les bonnes pratiques :**
 - Les prélèvements pour le groupe sanguin
 - Le contrôle ultime pré-transfusionnel :
 - le contrôle ultime de concordance
 - le test de compatibilité ABO
- **En cas de doute :**
 - ne jamais transfuser
 - arrêter la transfusion et demander un avis médical + EFS
- **Il faut être convaincu que :**
 - une erreur peut se produire en amont au cours de la chaîne transfusionnelle
 - la carte du test de compatibilité recherche une incompatibilité pour éviter un accident ABO



**Compétence professionnelle
+ vigilance
= Sécurité patient**

AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ?



Merci de votre attention