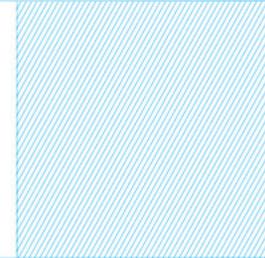
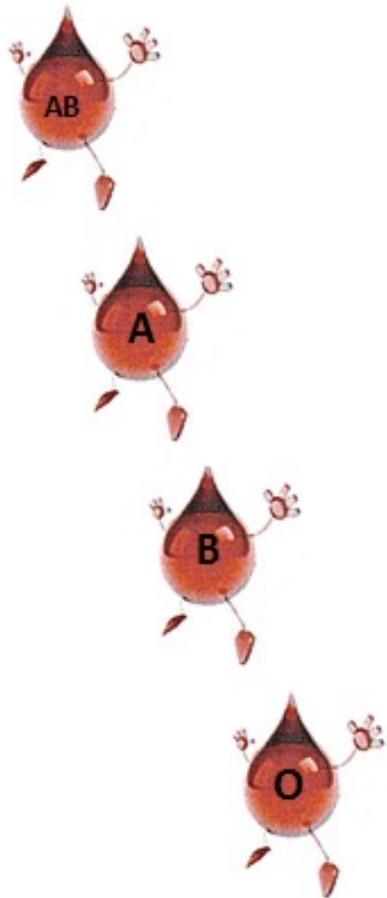


HÉMOVIGILANCE ET SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

IFSI VINATIER 2025



PLAN

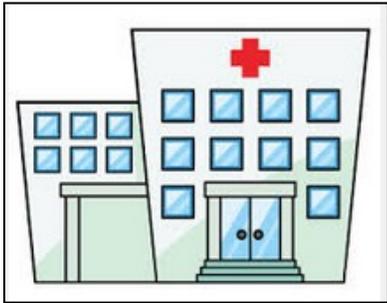


- ❖ La chaîne transfusionnelle
- ❖ Législation
- ❖ Hémovigilance, EFS, les PSL
Responsabilités en transfusion.
- ❖ Immuno-hématologie
- ❖ **Les 4 Fiches de l'instruction du 16/11/2021 :**
 - Le groupe sanguin et la RAI
 - La commande de PSL et le transport
 - La réception et les vérifications
 - L'acte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

NB : les mentions entre guillemets et en italiques 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

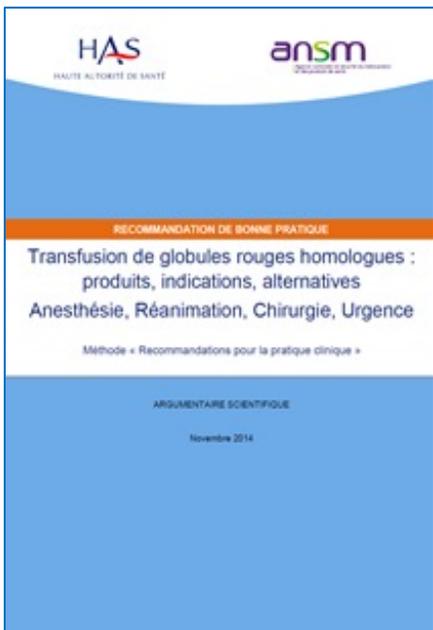
➤ Décret **du 24 janvier 1994** : Mise en place de l'HEMOVIGILANCE

➤ Loi du 1^{er} 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



Accueil du DONNEUR :

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

Aptitude au DON

- ❖ Examen clinique
- ❖ Examens biologiques



DON :

- ❖ Bénévole
- ❖ Volontaire
- ❖ Anonyme



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...).

La fonction est multiple :

- transporter l'oxygène (globules rouges) ;
- lutter contre les infections (globules blancs et immunoglobulines) ;
- lutter contre les saignements (plaquettes et facteurs de coagulation) ;
- maintenir la pression sanguine (albumine)...

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.

Il est possible de recueillir uniquement le plasma (don de plasma) ou bien plusieurs composants séparément (don de plaquettes associé à un prélèvement de plasma voire de globules rouges). Ce type de don est pratiqué à l'aide d'un séparateur de cellules, il s'agit d'un automate muni de détecteurs et de systèmes de sécurité (alarmes). Un dispositif médical à usage unique y est installé. Il est entièrement clos et écarte tout risque de contact du sang du donneur avec l'automate.

Le prélèvement s'effectue en plusieurs cycles. Pour que le sang reste fluide tout au long de la procédure, un anticoagulant est utilisé. Les composants non recueillis sont restitués au donneur.

La durée d'un don de plasma varie de 45 à 60 minutes et le volume prélevé ne dépasse pas 750 ml (hors anticoagulant).
La durée d'un don de plaquettes est d'environ 90 minutes et le volume prélevé ne dépasse pas 650 ml (hors anticoagulant et solution additive de conservation).

Lors d'un don par apheresèse, l'émission de microparticules provenant du dispositif médical à usage unique est possible mais négligeable. En conditions normales de fonctionnement, et en l'état des connaissances actuelles, cette émission est conforme aux normes sanitaires françaises et internationales en vigueur pour des produits similaires. Les autorités sanitaires françaises exercent une vigilance continue sur ces dispositifs de prélèvement comme sur l'ensemble des autres produits de santé.

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.

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 apherèse : 1 seul donneur

en moyenne : 350 €

Traitement des hémorragies par THROMBOPÉNIE

RESPONSABILITES en TRANSFUSION

Bureau des Admissions

→ Saisie de l'identité : Identifiant National de Santé (INS) => étiquette

Médicale

- Prescriptions des examens immuno-hématologiques : groupe sanguin et RAI
- Prescription des PSL
- Information et suivi du patient

IDE

- Les prélèvements Immuno-Hématologiques : Groupe sanguin - RAI
- L'envoi de la prescription des PSL
- La phase de réception et gestion des PSL
- Les vérifications pré-transfusionnelles
- La réalisation du contrôle ultime
- L'acte transfusionnel
- La traçabilité



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

RISQUES en TRANSFUSION

liés à la qualité du produit :
Déclaration EIR

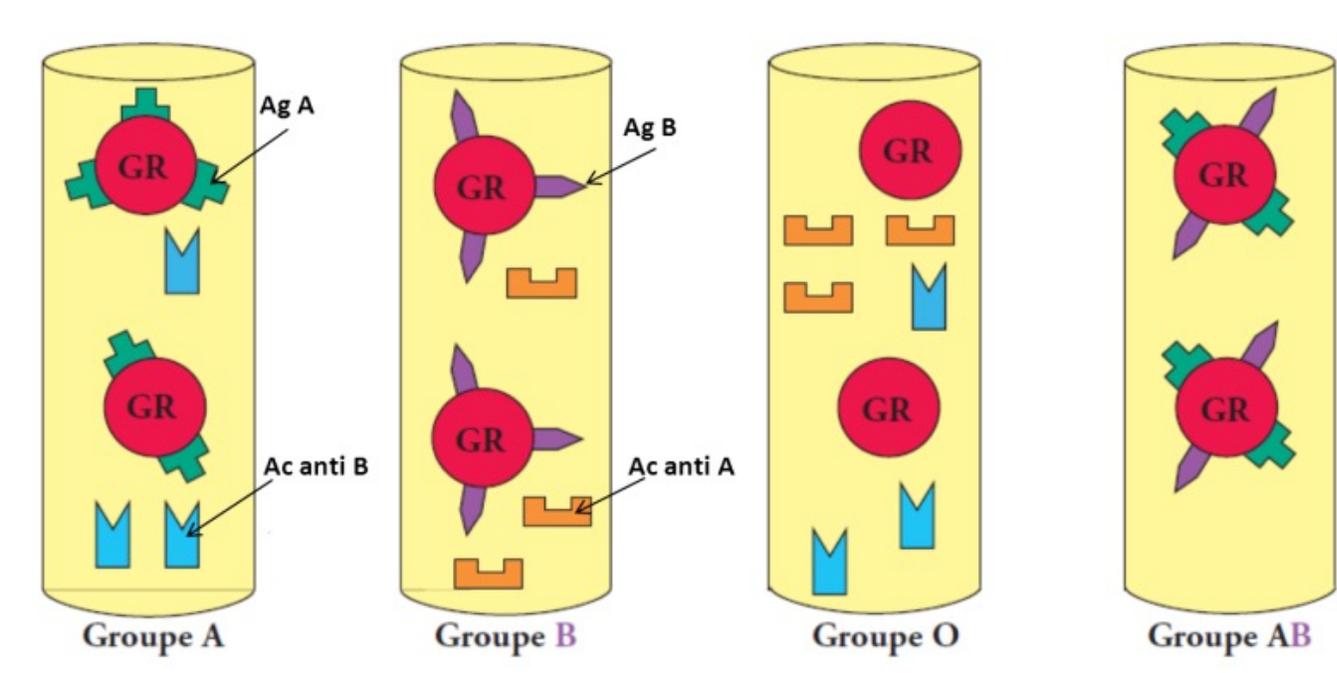
liés à des défauts de bonnes pratiques :
Déclaration dans le système qualité de l'ES



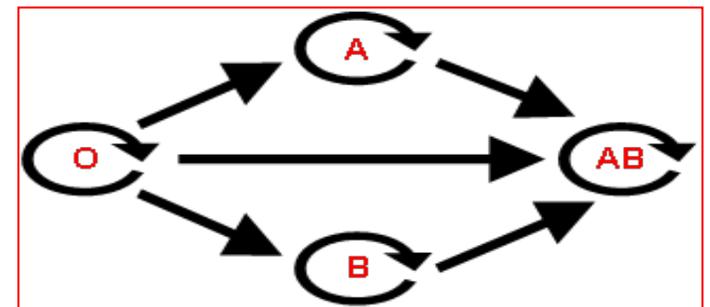
IMMUNO-HEMATOLOGIE

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

Anticorps du système ABO : immunoglobulines qui reconnaissent spécifiquement un Antigène

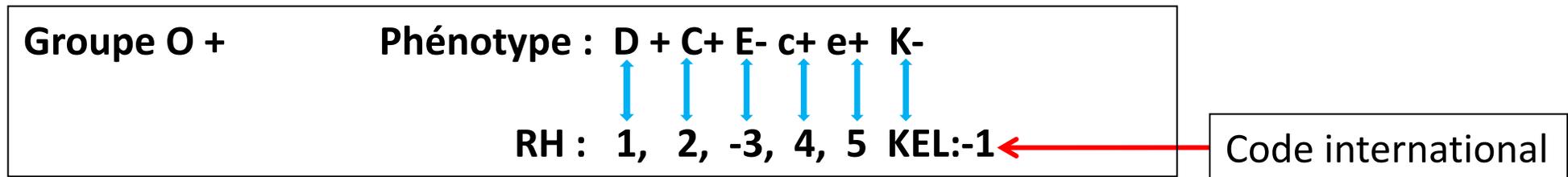


Les Antigènes se trouvent sur la membrane du globule rouge
Les Anticorps circulent dans le plasma



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

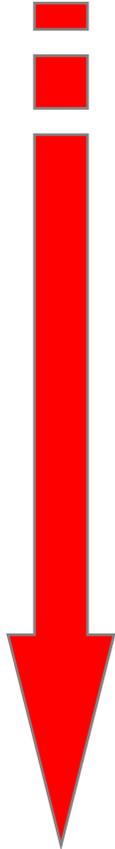
Système Rhésus : 5 antigènes principaux : **D C E c e**

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



FICHE 1 : les PRELEVEMENTS IMMUNO-HEMATOLOGIQUES

GROUPAGE SANGUIN : Phénotypage Erythrocytaire ABO
RAI = RAAE : Recherche d'Anticorps Anti Erythrocytaire



Laboratoire de Biologie Médicale de l'EFSS Auvergne Rhône-Alpes
Site d'immunohématologie Erythrocytaire - Lyon G4E
Changement d'adresse le 10/06/2020 - Tél : 04 72 46 71 11 - Fax : 04 78 34 34 87
N° d'agrément de l'ARS : 12019000000

Numéro individu EFS : 4501324237
Nom de naissance : ESPON
Nom d'usage : FATHVURE
Prénoms (Sexe) : Magali (F)
Date de naissance : 18/02/1990

PHENOTYPAGE ABO (LMD)
IP = ABO2
LABO PHENOTYPAGE A

Identifiant patient ES : 10140756
Numéro d'admission : 4385120516
Demande : 4011780001
Prescrit par : Pneumologie A

COMPTÉ RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE
Prélèvement de sang n° 4011780001 du 18/02/20 à 07:45

Phénotypage érythrocytaire ABO RH(D)
Méthode : Anticorps humains en microcapsule sur substrat CD45 (Sensit'Biogen)
Résultat : A Rh(D)
O Rh(-) : O Rh(-) 1
O D négatif : O D négatif 1

Phénotypage érythrocytaire RH KEL
Méthode : Anticorps humains en microcapsule sur substrat CD45 (Sensit'Biogen)
Résultat : RH-2,-3,4,5 KEL-1
C- E- c1 et K-

Compte rendu définitif, résultats validés et interprétés par Dr Marie GOUDE

Site à Paris du 01/01/2020. Ce notice de carte de groupage sanguin a été révisé. Celle-ci est remplacée par les comptes rendus de résultats de groupage sanguin. Pour savoir, aller à l'adresse de groupage sanguin sur le site internet pour les patients.
N° de version : 01/01/2020
Page 1/1

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

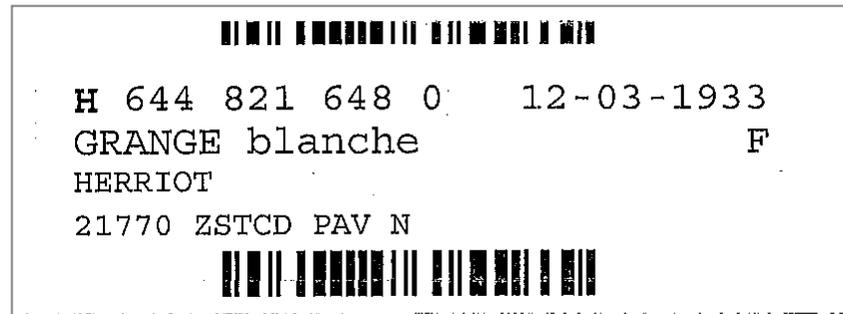
- Question **ouverte** au patient **avant** le prélèvement et **contrôle du bracelet**
- Vérifier l'étiquette : exactitude de **orthographe**, qualité d'impression et format
- Si le patient ne peut pas décliner son identité, confronter plusieurs types de documents

«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 systématiquement 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

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

Réceptionné par : _____

Si non conforme : Code(s) NC : _____

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>

Réservé 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

Préciser impérativement le motif de l'urgence

Transfusion en urgence vitale

Transfusion prévue (date) : _____

Intervention prévue (date-type) : _____

Résultats à communiquer : _____

Par FAX N° _____

Par échange de données informatiques

EXAMENS DEMANDES (se reporter au manuel de prélèvement : https://www.efs.sante.fr/region/suvergne-rhone-alpes)		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 (jaune) (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 Date : ___/___/___
<input type="checkbox"/> Greffe de CSH si oui date et lieu : _____	Dosage : _____	Identité de la mère : Nom de naissance : _____
<input type="checkbox"/> Greffe d'organe	Voie d'administration <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV	Nom marital ou d'usage : _____
<input type="checkbox"/> Traitement par anti-CD38 (Daratumumab *)	Date de dernière RAI négative : _____	Prénom : _____
<input type="checkbox"/> Traitement par Ac monoclonal		Date de naissance : ___/___/___
<input type="checkbox"/> Drépanocytose		<i>Joindre résultats groupe et RAI de la mère.</i>
<input type="checkbox"/> Hémopathie		
<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
médecin

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



M 881 817 863 3 05-11-1969
ESTID VERIFIÉ/éclite
34101 0000

Date et Heure	
Nom préleveur	

Au chevet du patient



M 881 817 863 3 05-11-1969
ESTID VERIFIÉ/éclite
34101 0000

Date et Heure	
Nom préleveur	

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 ?
Carte de groupage sanguin fausse 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

LBM EFS Auvergne-Rhône-Alpes – Site : Lyon GHE Groupement Hospitalier Est 28 avenue Guyon Léprie 69677 BRON CEDEX • Tél. (04 72) 33 76 11		
Nom de naissance : ESPOIR	Nom d'usage : FANTUQUE	
Prénom : Magali (F)	Né(e) le : 18/02/1972	
Individu 4503324237		Signature du biologiste
A + D+ C- E- c- e+ K-	Détermination 1 : 2012/2021	N° de la demande : 4005502021
RH: 1, 2, -3, -4, 5 KEL: -1	Autres phénotypes :	
A + D+ C- E- c- e+ K-	Détermination 2 : 08/05/2022	N° de la demande : 4015302796
RH: 1, 2, -3, -4, 5 KEL: -1	Autres phénotypes :	
Mentions biologiques spéciales :		

2 déterminations

Laboratoire de Biologie Médicale de l'EFS Auvergne Rhône-Alpes Accreditation COFRAC, Examen Médicaux n°5213 - Liste des sites et portées disponibles sur www.cofrac.fr Biologiste responsable : Dr Fabrice DELORME Site d'Immunohématologie Erythrocytaire – Lyon GHE Groupement Hospitalier Est – 28 Avenue Guyon Léprie – 69677 BRON CEDEX Tél. : 04 72 33 76 11 • Fax : 04 72 33 54 02 Biologiste responsable : Dr Marie GOUDE	
Numéro Individu EFS : 4502135 Nom de naissance : ESPOIR Nom d'usage : FANTUQUE Prénom (Sexe) : Magali (F) Date de naissance : 18/02/1972 Identifiant patient ES : 11173169 Numéro d'admission : 5654169877 Demande : 4011700001 Prescrit par : Surveillance Continue	HCL CARDIOLOGIQUE Surveillance Continue UF – 53775
COMPTE RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE Prélèvement de sang n° 4011700001 du 17/03/19 à 07:45	
GRUPE ABO-RH1 Hémostase et microscopie sur automate Qvia1 (Baxter Daga)	
A RH positif (RH:1) Deux déterminations sont connues à l'EFS Rhône-Alpes. Ce document de groupes sanguins est valide pour une délivrance de PSL effectuée par l'EFS Rhône-Alpes.	
PHENOTYPE RH-KEL1 Hémostase et microscopie sur automate Qvia1 (Baxter Daga)	
C+ E- c- e+ K- RH: 1, 2, -3, -4, 5 KEL: -1 Deux déterminations sont connues à l'EFS Rhône-Alpes	
DEPISTAGE D'ANTICORPS IRREGULIERS Hémostase et microscopie sur automate Qvia1 (Baxter Daga)	
Test indirect à l'antiglobuline Néglif Aucune	
Compte rendu définif, résultats validés et interprétés par Dr Marie GOUDE	

Laboratoire de Biologie Médicale de l'EFS Auvergne Rhône-Alpes Accreditation COFRAC, Examen Médicaux n°5213 - Liste des sites et portées disponibles sur www.cofrac.fr Biologiste responsable : Dr Fabrice DELORME Site d'Immunohématologie Erythrocytaire – Lyon GHE Groupement Hospitalier Est – 28 Avenue Guyon Léprie – 69677 BRON CEDEX Tél. : 04 72 33 76 11 • Fax : 04 72 33 54 02 Biologiste responsable : Dr Marie GOUDE	
Numéro Individu EFS : 4503324237 Nom de naissance : ESPOIR Nom d'usage : FANTUQUE Prénom (Sexe) : Magali (F) Date de naissance : 18/02/1972 Identifiant patient ES : 10190358 Numéro d'admission : 5685150516 Demande : 4011700001 Prescrit par : Pneumatologie A	PHARMACOLOGIE ALIÉS HCL CARDIOLOGIQUE UF – 5402 Laboratoire PHARMACOLOGIE A
COMPTE RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE Prélèvement de sang n° 4011700001 du 16/12/23 à 07:45	
Phénotype érythrocytaire ABO RH(D) Hémostase - hémostase et microscopie sur automate Qvia1 (Baxter Daga) Anticorps du (06/21/22) (Anticorps n° 4011700011)	
O RH: -1 O D négatif	
Phénotype érythrocytaire RH KEL1 Hémostase - hémostase et microscopie sur automate Qvia1 (Baxter Daga) Anticorps du (06/21/22) (Anticorps n° 4011700011)	
RH: -2, -3, 4, 5 KEL: -1 C- E- c+ e+ K-	
Compte rendu définif, résultats validés et interprétés par Dr Marie GOUDE	



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 <i>TAMPON DU SERVICE</i>	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="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 : _____		

**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"/> Tracour température (Distourer l'indication) <input type="checkbox"/> Demande de mise en réserve à l'EFS N° : Jusqu'au :/...../..... <input type="checkbox"/> Délivrance souhaitée des PSL en réserve Quantité désirée : en 10 ¹¹ plaquettes (posologie au verso) ou Nb de CP :
CONCENTRE de PLAQUETTES (CP) Nombre : CP ou Volume : mL Hb (patient) :g/dL <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) :	

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 - Num. Plaquettaire: G/L - Date Numération: <input type="checkbox"/> Irradié (préciser indication): <input type="checkbox"/> Autre (préciser):	<input type="checkbox"/> Délivrance souhaitée des PSL en réserve PSL: Nb: Date: Heure: Service: (si différent) Prescripteur:
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):	
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

Formule de prescription EFS (ordonnance de produits sanguins labiles) avec champs pour patient, prescripteur, et produits commandés.

Formule de prescription EFS avec tubes sanguins et résultats de laboratoire.

Prescription HCL

Formule de prescription HCL (ordonnance de produits sanguins labiles) avec champs pour patient, prescripteur, et produits commandés.

Formule de prescription HCL avec tubes sanguins et résultats de laboratoire.

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)

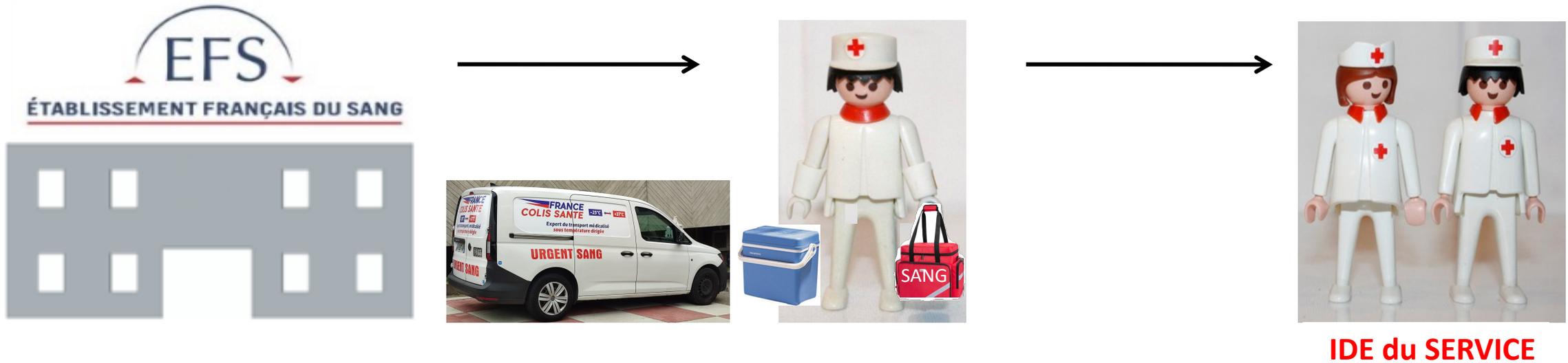
Transfusion urgente : cocher le degré d'urgence
 Urgence vitale immédiate (délivrance sans délai) et EFS
 Urgence vitale (délai obtention ≤ 30 min) et EFS
 Urgence relative (délai obtention 2h à 3h)

Aplasie idiopathique Myélodysplasie

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 AUVERGNE RHÔNE-ALPES'. The main title is 'PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABELÉS'. The form includes fields for patient information, date (26/04/2024), and specific instructions for the transfusion, such as 'SANG TOTAL' and 'SANG PLASMA'. It also features a barcode and a section for 'REMARQUES'.

Fiches de délivrance (FD)

The image shows two 'FICHE DE DELIVRANCE' forms. The top one is a yellow form with a barcode and fields for patient ID, date, and product details. The bottom one is a purple form with a barcode and fields for patient ID, date, and product details. Both forms include sections for 'REMARQUES' and 'CONTROLE A RECEPTION'.

This is a detailed laboratory report form titled 'COMPTE RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO-HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE'. It includes sections for 'Phénotypage érythrocytaire ABO RH(D)', 'Phénotypage érythrocytaire RH KEL1', and 'Dépistage d'anticorps anti-érythrocytaires'. The form contains various test results, barcodes, and a section for 'COMPLÈTE RENDU DÉTAILLÉ, RESULTATS VALIDÉS ET INTERPRÉTÉS PAR DR. MARIE COUDÉ'.



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. »

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
 Exécuté 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
 Exécuté 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: FAYOURE
 Nom utilisé: ESPOR
 (Prénoms): Magali
 Date de naissance: 18/02/1992 Sexe: F
 N° patient EFS: 605124257

Données immuno-hématologiques - Consignes transfusionnelles

ABO D: A+ 28/12/2017 Phénotype: Di C+ E- c+ e+ K-
 A+: 08/05/2018 RH: 1, 2, -3, -4, -5 KEL-1
 Dernière SAl: 09/02/2025 RAI: Négative

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

Produits	Numéro / lot	Groupes / Phénotype	Qualification
CGR UA SAGM	920547495	A+ Di C+ E- c+ e+ K- RH:1,2,-3,-4,-5 KEL-1	CGR- Phénotypé RHVEL
Volume: 330 ml	07/04/2025 15:37	RH:1,2,-3,-4,-5 KEL-1	
CGR UA SAGM	920547571	A+ Di C+ E- c+ e+ K- RH:1,2,-3,-4,-5 KEL-1	CGR- 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.

- ➔ 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)

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 - 28531
 Service 28531 SCD 3 AB
 Tél: _____

Étiquette de TRANSPORT - TRANSFUSION : PRODUITS SANGUINS
 Étiquetage: 05010016 08 10

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

À préserver des chocs physiques ou thermiques.
 En cas d'accident ou d'incident durant le transport, prévenir immédiatement l'expéditeur.

En cas de produit répandu à l'extérieur de l'emballage, ne pas toucher sans être muni de gants protecteurs.
 Mettre le colis d'urgence dans un grand sac en plastique.
 Mettre en sur et à côté du colis un grand sac en plastique qui sera jeté dans une poubelle sac en plastique.
 Désinfecter avec un produit désinfectant approprié.
 Ne JAMAIS se servir sur le site, sous aucun prétexte à l'usage et à destination d'un produit sanguin.
 Des informations plus détaillées sur le contrôle à la réception sont disponibles auprès de l'expéditeur.

BORDEREAU d'EXPÉDITION URGENT NORMAL

Transport confié à: PSL Nombre d'emballages intermédiaires: _____ N° bordereau: **4984563 + 7384559**

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

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

Contrôle colis à réception: Conforme Non conforme Réserve: _____

Contrôle à réception

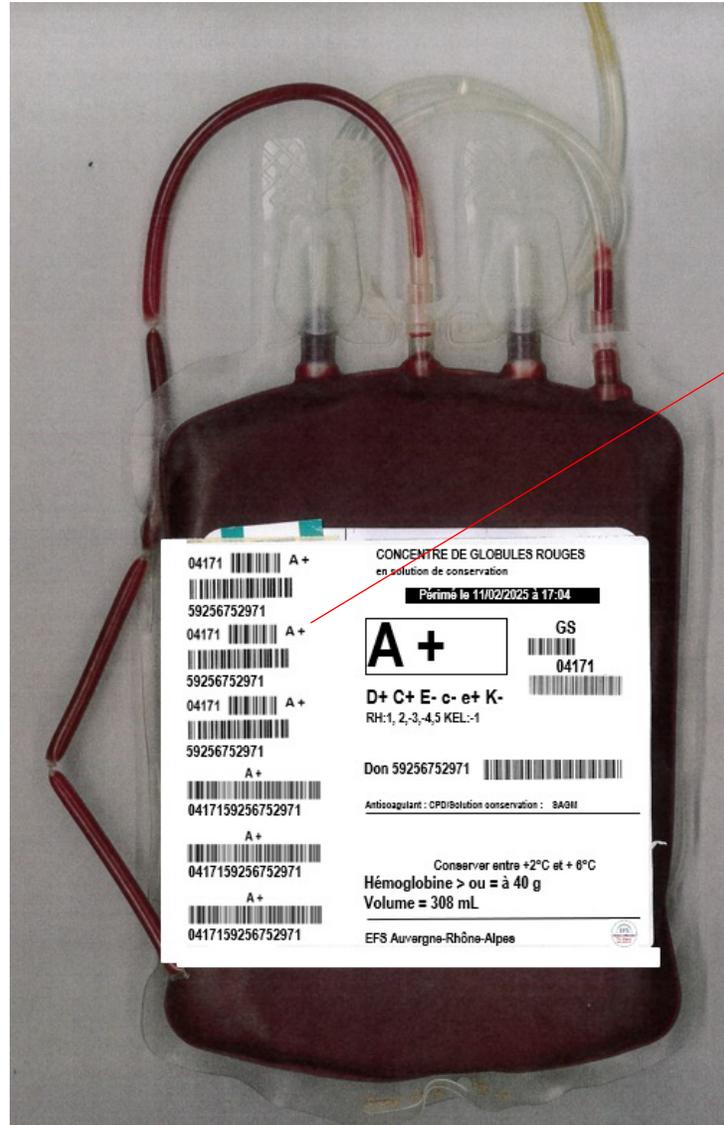
Contrôle à réception conforme: Oui Non

Réception: Par: N. Latran IDE Nombre total de produits reçus: 2

Date: 10/02/2025 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



04171  A +

59256752971

04171  A +

59256752971

04171  A +

59256752971

A +

0417159256752971

A +

0417159256752971

A +

0417159256752971

CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES
en solution de conservation

Périmé le 11/02/2025 à 17:04

A + GS

04171


D+ C+ E- c- e+ K-
RH:1, 2,-3,-4,5 KEL:-1

Don 59256752971 

Anticoagulant : CPD/Solution conservation : SAGM

Conservé entre +2°C et + 6°C
Hémoglobine > ou = à 40 g
Volume = 308 mL

EFS Auvergne-Rhône-Alpes 

La Fiche de Délivrance

Laboratoire de Biologie Médicale de l'EFS Auvergne Rhône-Alpes
 accréditation COFRAC Examen Médical n°6-2513 - Liste des sites et portées disponibles sur www.cofrac.fr
 Biologiste responsable : Dr Isabelle DELORME
 Site d'Immunohématologie Erythrocytaire - Lyon GHE
 Groupement Hospitalier Est - 28 avenue Doyen Lépine - 69677 BRON CEDEX
 Tél : 04 72 35 70 11 - Fax : 04 78 53 54 00
 Biologiste responsable du site : Dr Marie GOUDE

Numéro individu EFS : 4503324237
 Nom de naissance : **ESPOIR**
 Nom d'usage : **FAITVIVRE**
 Prénom (Sexe) : **Magali (F)**
 Date de naissance : **18/02/1992**

Identifiant patient ES : 10140758
 Numéro d'admission : 6985159516

PNEUMOLOGIE A (33102)
 HCL CARDIOLOGIQUE
 UF - 33102
 Unité PNEUMOLOGIE A

Phénotypage érythrocytaire ABO RH1(D)

Méthode : hémagglutination en microplaque sur automate QWALYS (réactifs Diagnost)

A RH:1
A D positif

Phénotypage érythrocytaire RH KEL1

Méthode : hémagglutination en microplaque sur automate QWALYS (réactifs Diagnost)

RH: 2,-3,-4,5 KEL:-1
C+ E- c- e+ K-

Antériorité du 08/05/18

A RH:1
A D positif

Antériorité du 08/05/18

RH: 2,-3,-4,5 KEL:-1
C+ E- c- e+ K-

Compte rendu définitif, résultats validés et interprétés par Dr Marie GOUDE

Suite à l'arrêt du 15 mai 2018, la notion de carte de groupe sanguin a été supprimée. Celle-ci est remplacée par les comptes rendus de résultats de groupe sanguin. Pour rappel, deux déterminations de groupe sanguin sont nécessaires pour transfuser.



FICHE DE DELIVRANCE

Déjà délivré le : 10/02/2025 10 : 58 EFS Auvergne-Rhône-Alpes Site du Groupement Hospitalier EST 6537968
 Délivré par : D3RK 28, avenue du Doyen Lépine Etats\cBdEfs 1 page.EFS.QRP
 Edité 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

Etablissement/Patient

Etablissement de santé : HCL CARDIOLOGIQUE 28, avenue Doyen Lépine (BRON)
 Code : 31 Service : 33102
 Code : 31 PNEUMOLOGIE A
 Prescripteur : Docteur BAUREN
 Ordonnance :

Patient : N° de patient ES : NIP 10140758 ADM : 6985159516
 Nom de naissance : FAITVIVRE
 Nom utilisé : ESPOIR
 Prénom(s) : Magali
 Date de naissance : 18/02/1992 Sexe : F
 N° patient EFS : 4503324237

Données immuno-hématologiques - Consignes transfusionnelles

ABO : A+ 08/12/2017 Phénotype : D+ C+ E- c- e+ K-
 A+ 08/05/2018 RH : 1, 2, -3, -4, 5 KEL : -1
 Derniers RAI le : 09/02/2025 : RAI Négative
 Anticorps irréguliers :
 Protocoles transfusionnels : Phénotype RH KEL (F)
 Consignes transfusionnelles :
 Commentaire de délivrance

Produits	Numero / lot	Groupe / Phénotype	Qualification
04171 CGR UA SAGM Périmé le : 07/03/2025 15:37 Volume : 310 ml	59258713675	A+ D+ C+ E- c- e+ K- RH:1,2,-3,-4,5 ; KEL:-1 JK :1,2 ; MNS :1,2,3	CGR- Phénotypé RhKell
04171 CGR UA SAGM Périmé le : 23/02/2025 17:04 Volume : 274 ml	59256752971	A+ D+ C+ E- c- e+ K- RH:1,2,-3,-4,5 ; KEL:-1	CGR- Phénotypé RhKell

Contrôle à réception

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

Traçabilité PSL

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

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
 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 »
 FEUILLET DESTINE A L'HEMOVIGILANCE

Hôpital + Service et
 Identité + données IH
 Patient

Consignes et
 commentaires EFS

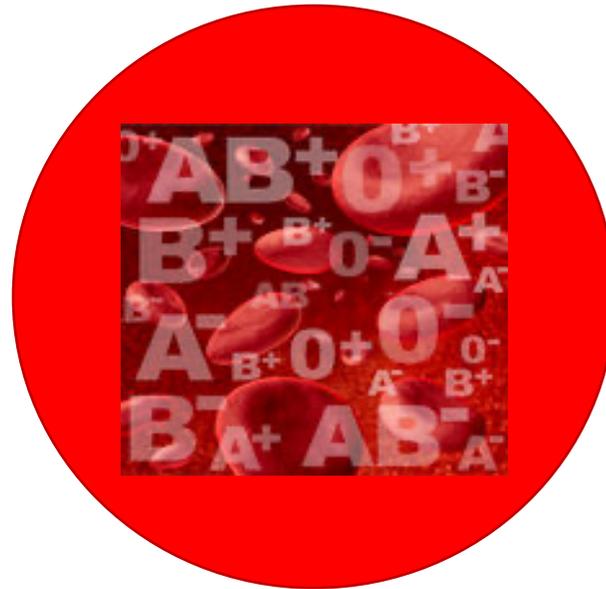
PSL : Code barre + GS +
 phénotype + volume +
 date de péremption

Réception

Traçabilité transfusion :

- Code barre
- Contrôles
- Nom de l'IDE
- Date et heure
- Commentaires

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 médicale** :

- 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



CONTROLE ULTIME DE COMPATIBILITE ABO



Dernier maillon de sécurité de la chaîne transfusionnelle

- 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

SAFETY CARD AB DIAGAST

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

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____

Deposier 1 μ l de sang du patient dans et 1 μ l de sang du cuiot dans

Deposier 1 μ l d'eau physiologique NaCl 0.9% dans les 4 alvéoles.

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.

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 cuiot 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 : _____

2017-12 / Heure : _____

Signature : _____

ABTest Card CE 0459 DIAGAST

PATIENT Anti-A Anti-B

CGR Anti-A Anti-B

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

Contrôle + Diagnostic de sang Réaction Transfusion

Oui Non + / 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 : _____

Sang / Blood Anti-A Anti-B

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 Date

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.		Phénotypé RHKEL, Phénotypé RHKEL (F)	
Commentaire de distribution :			
Présence d'agglutinines froides : 1 est recommandé de réchauffer mes CGR à 37°C au moment de la transfusion			
Produit	Numéroflot	Groupe / Phénotype	Qualification
04171	59213632957	A1+	D+ C+ E- c- e+ K- RH: 1,2,-3,-4,5; KEL:-1
CGR- Phénotypé RhKel			

- 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 [barcode] A+ 5924251831- A+ [barcode] 0417159242607697	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	BIA [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'EFS : 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 Etat:icBdEfs1page 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 / Patient

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

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	59241721252	O+ D+ C- E+ c+ e- K- RH:1,-2,3,4,-5; KEL:1 KEL:2,-3,4; RH:3; 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	59241958743	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	59243733708	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 conforme : Oui Non
 Réception : Par : MA [] Date : 07/08/24 Heure : 12h45
 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.

Produit Coller la vignette et vérifier le numéro de produit	Contrôle concordance documents (1)	Test de compatibilité ABO (2)	Transfusion réalisée par		Transfusion date et heure	Identité Patient et/ou Commentaires (3)
			Nom	Qualité		
04171 59243733708	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Cl []	P	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 / 101/53 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	07/08/24 14:40	14h00 36,8°C / 103/58 P. 84 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	07/08/24 15:40	15h00 36,7°C / 110/56 P. 76 bpm / SAT 98% 36,8°C / 108/56 P. 85 bpm / SAT 97%

(1) Le malade est coagulé avant la transfusion
 (2) Contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les auto-logues
 (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"
 Effort indésirable receveur : Le noter, prévenir rapidement le site de délivrance ainsi que le correspondant d'hémovigilance de l'ES

FEUILLET DESTINE A L'HEMOVIGILANCE

Exemple d'une fiche de délivrance

FICHE DE DELIVRANCE

Delivré le : 13/01/2025 19:52 EFS Auvergne-Rhône-Alpes Site du Groupement Hospitalier EST 6756576
 Delivré par : T0VB 28, avenue du Doyen Lépine Etats:09dEfs1page: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)

EFS-GHE 13JAN2025 19:57

Produit	Numéro / lot	Groupe / Phénotype	Qualification
12250 MCP5 AMOTO UD1 Perime le : Volume : 189 ml	17/01/2025 12:56 QPA : 3.30 59257042318	O+ Rh+ RH:1	
12260 MCP5 AMOTO UD2 Perime le : Volume : 178 ml	17/01/2025 12:56 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 : 19h57
 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 pérennité.
 Transfuser le produit sanguin par voie intraveineuse au moyen d'un dispositif muni d'un filtre.

Tracabilité 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'ES : Date et motif de retour
 Compléter la partie tracabilité en zone "Commentaires"
 Effet indésirable receveur : Le noter, prévenir rapidement le site de délivrance ainsi que le correspondant d'hémovigilance

RESTER VIGILANT A L'HEMOVIGILANCE

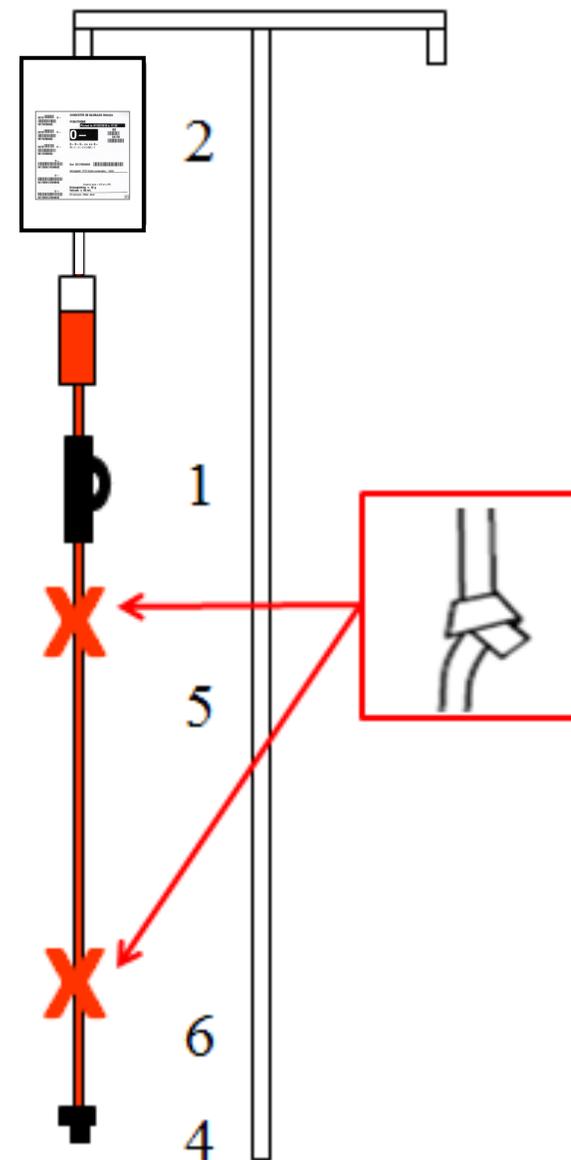
- Transfusion de 2 MCP
- Commentaire EFS
- Même don : 1 chiffre différent
- Ordre de transfusion
- Pas de test de compatibilité

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

« Le débranchement du PSL doit être réalisé **systématiquement 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 »

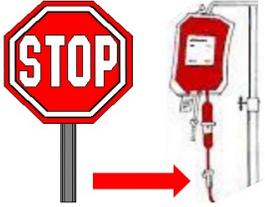
- Frissons
- Hypo/hyperthermie
- Hypo/hypertension

- 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

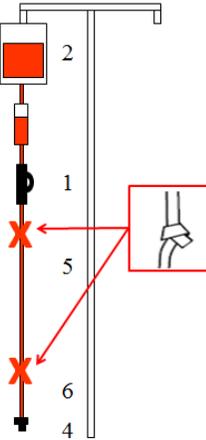


- Arrêter la transfusion
- Garder la voie d'abord
- Appeler le médecin et suivre les prescriptions (chariot d'urgence)
- Surveiller le patient



- 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)



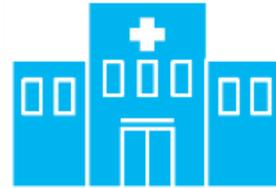
Effet Indésirable Receveur

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	09/09/26 15:40	Hypothermie sur la fin de la transfusion. 10% réchauffée par le patient Hypothermie à 38°C. En poche renvoyée à l'EFS
	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'EFS**
- **Aucun PSL ne doit être jeté en service**
- **La cause est notée dans la case « commentaires »**

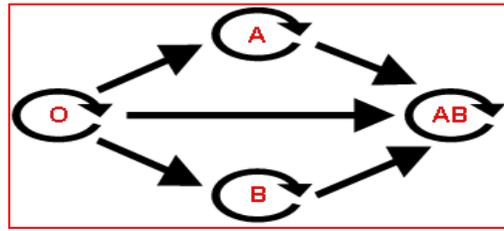
Suivi post transfusionnel

« 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

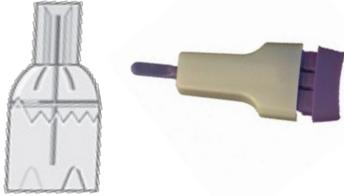
Groupe sanguin **différent** entre le donneur et le receveur mais
ne pouvant pas être transfusé

= Accident ABO

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

Les cartes de Contrôle Ultime Pré Transfusionnel DIAGAST

SAFETY CARD



- 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.

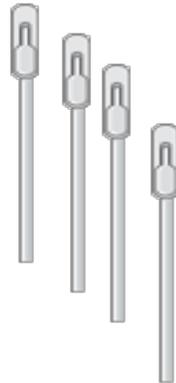
4 Lire les réactions après 1 minute, si une réaction est négative poursuivre obligatoirement la lecture à 3 minutes, puis interpréter.

«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 : _____



AB TEST CARD



- 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

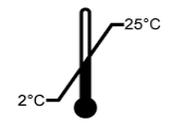


RECEVEUR RECEPIENT	Sang / Blood	Anti-A	Anti-B	LOT 0170117
POCHET UNIT	Sang / Blood	Anti-A	Anti-B	LOT 0170117
Serafol®		USAGE / USE IN VITRO		
sifin		BIO-RAD		
RECEVEUR RECEPIENT	Nom usuel / Name		Nom de naissance / Name at birth	
	Prénom / First name		Date de naissance / Date of birth	
No. poche / Unit no.:				
RESULTATS	+: 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			

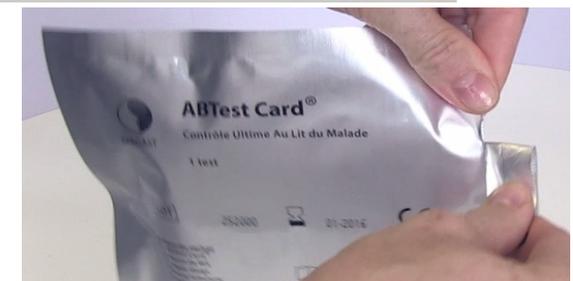
2019-05
0170117
2019-05
0170117



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



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



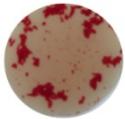
Vérifier :
- l'intégrité de l'emballage
- la date de péremption

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	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 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 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

Culot



Anti-A

Anti-B



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** 

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

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

ABTest Card®  CE 0459

PATIENT



Anti-A

CGR



Anti-B



Anti-B



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

DIAGAST - 251, AV. AVINER - 59120 LOOS - FRANCE

Contrôle «Dépôt de sang»	Réaction	Transfusion
Oui  / Non 	Noter + / 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 : _____

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

Prénom: Pascal
N° 22-09-1929
N 690 105 74 0 M
N 21294-ONCO PAV 2

Culot Globulaire N°: 84171
5915057054

Conclusion : transfuser **OUI** - NON

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

SAFETY CARD AB DIAGAST

H 222 444 888
ESPOIR magali
FALTIVRE
33000 Unité 8888

Culot Globulaire N°: 04171
59140025511

Serafol® sifin
USAGE / USE IN VITRO
BIO-RAD

H 644 821 648 0 12-03-1933
GRANGE blanche
HERROT
21770 ZSTCD PAV N

Prénom / First name: GRANGE blanche
Date: 12-03-1933

No. poche / Unit no.: 04 17 159 174022645

AB + 2019-05

Serafol® sifin
USAGE / USE IN VITRO
BIO-RAD

Sang / Blood: Anti-A, Anti-B

RECEVEUR / RECIPIENT: Nom usuel / Name, Prénom / First name, Date de naissance / Date of birth

RECEVEUR / RECIPIENT: Anti-A, Anti-B, Receveur / Recipient, Poche / Unit of blood

Decision: Transfusion possible: OUI YES, NON NO

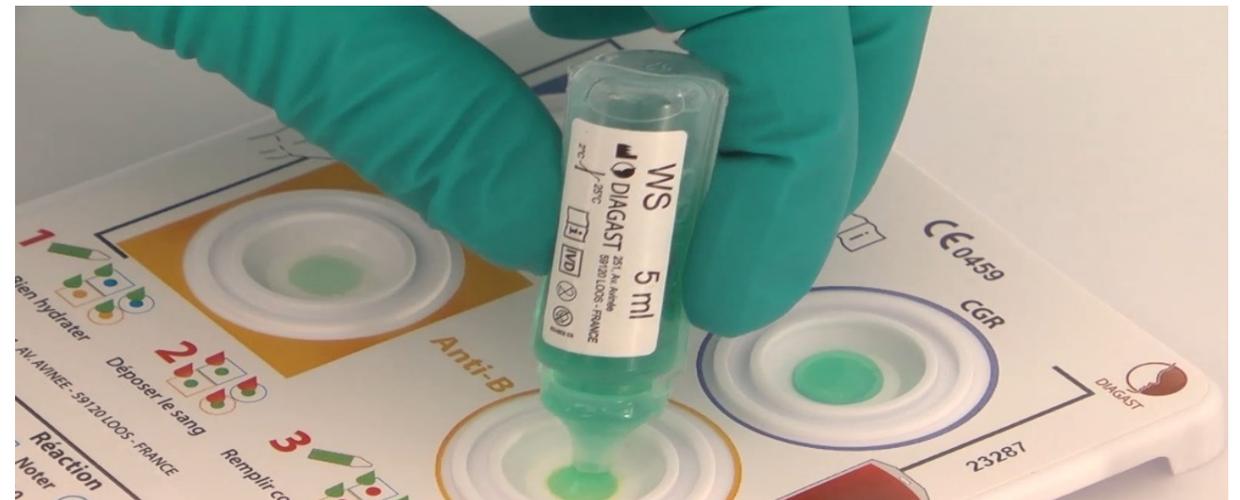
Opérateur / Operator: Nom / Name, Service, Signature

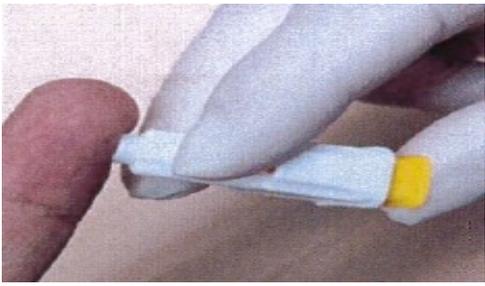
Médecin / Physician: Nom / Name, Nom du médecin responsable de la transfusion / Name of physician responsible for the transfusion

Uniquement pour l'AB TEST CARD

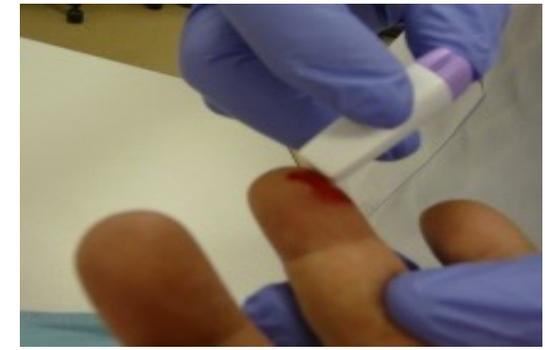
Hydrater :

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





Déposer le sang du patient

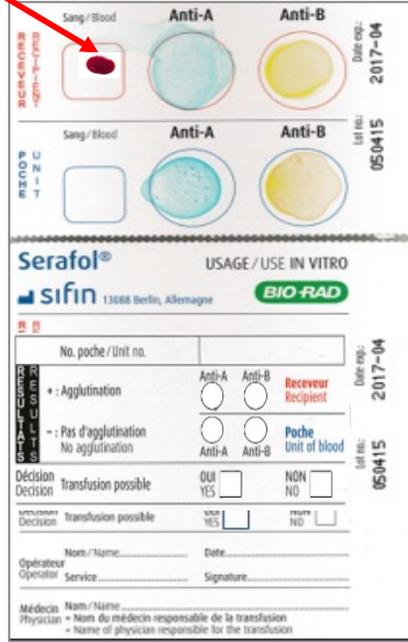
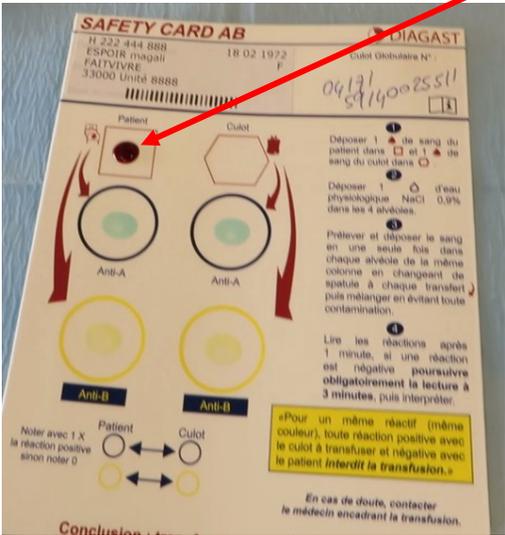


Déposer la goutte sur le carré patient ou carré rouge receveur de la carte pour :

SAFETY CARD AB et SERAFOL

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

AB TEST CARD



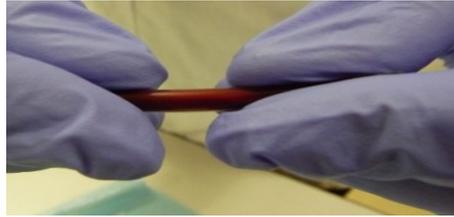
Risque de contamination entre les cercles

Pas de contamination possible entre les cercles

Déposer une goutte de sang du CGR avec le perce tube



Homogénéiser le segment de tubulure

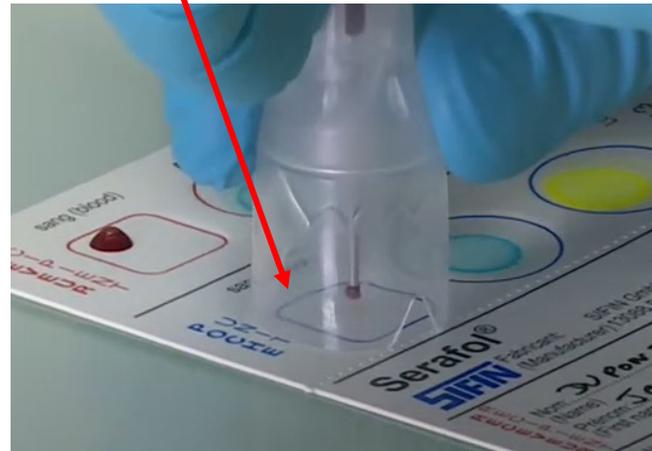
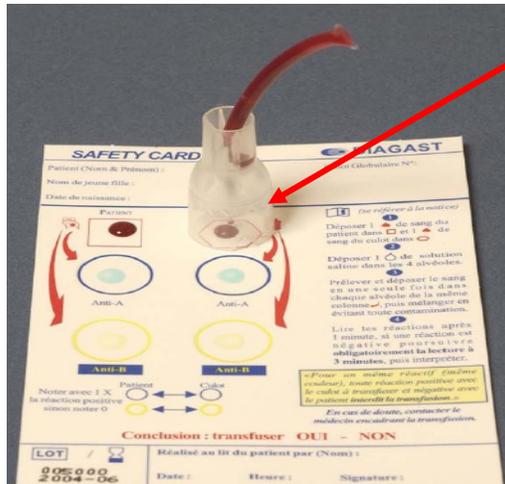


Puis percer la tubulure



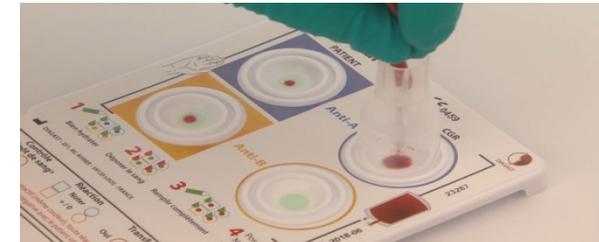
SAFETY CARD AB et SERAFOL

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



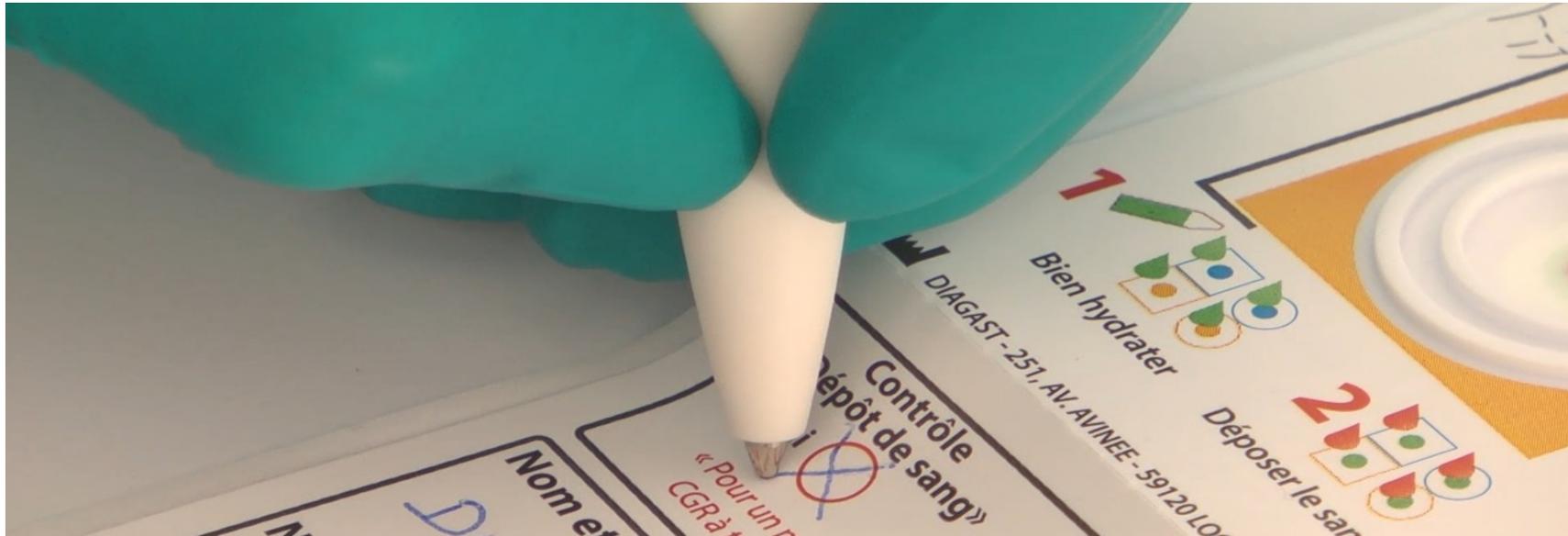
AB TEST CARD

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 »

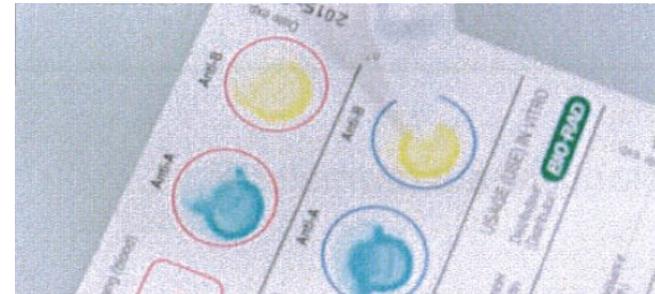


Uniquement pour les cartes SAFETY et SERAFOL

Réhydratez les réactifs avec le **sérum physiologique**

NE JAMAIS UTILISER :

- EAU POUR PREPARATION INJECTABLE
- EAU STERILE

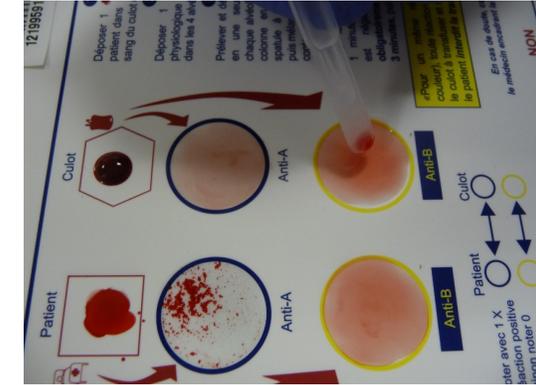
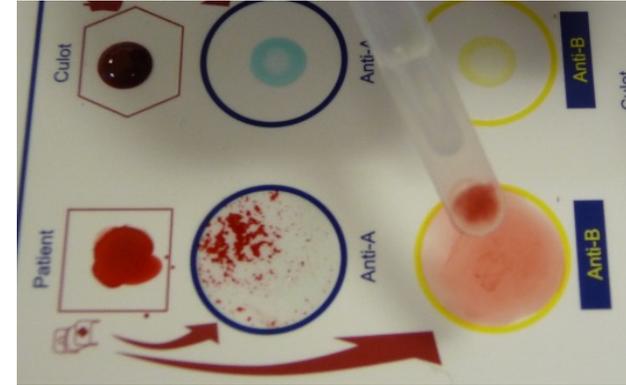
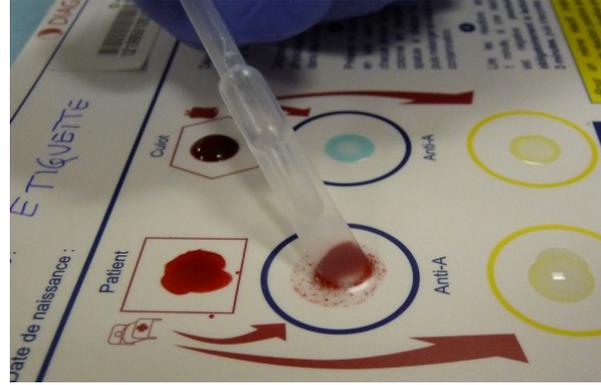


Ne pas toucher les réactifs avec l'embout de la pipette

Attention!

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

Uniquement pour les cartes SAFETY et SERAFOL



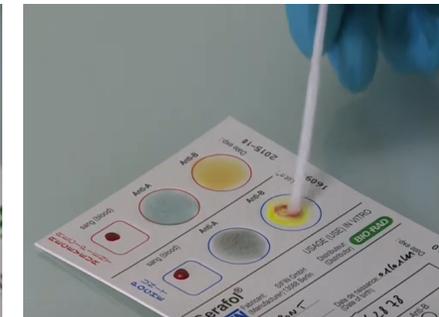
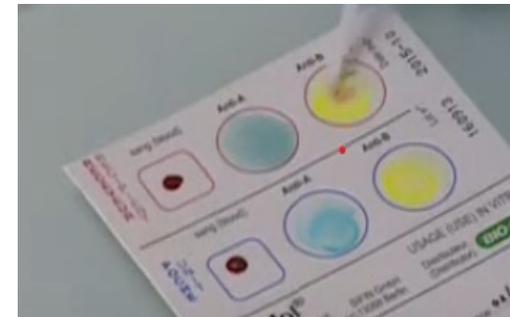
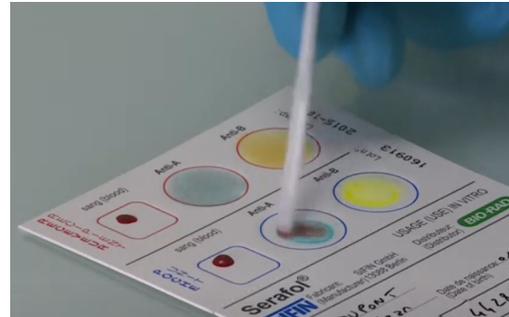
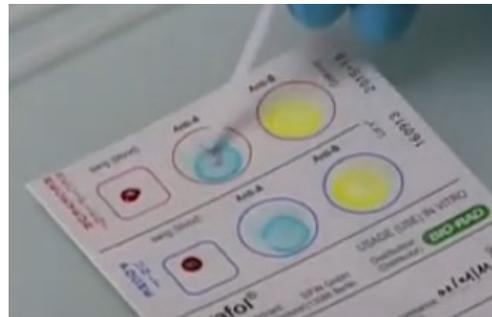
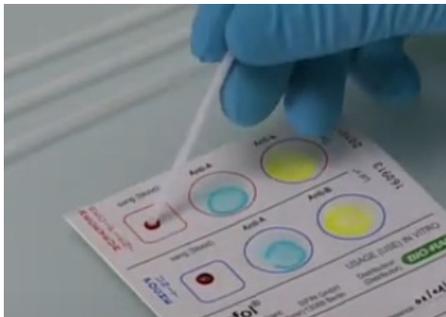
Une spatule par cercle de réactif

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



Technique

SAFETY CARD AB et SERAFOL



30 s

Appliquer à la carte
un mouvement
lent et circulaire :
« chalouper »
pendant 30 secondes

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

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

Lot: 0170117 2019-05

H 644 821 648 0 18/02/1972
 FAITVIVRE Magali
 ESPOIR
 21773 SURV CONT CHR

No. C2101 A+
 Dal. 69153218373

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

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

Lot: 0170117 2019-05

Lecture à 1 minute

Lecture définitive après 3 minutes

AB TEST CARD



Remplir entièrement
chaque puits avec la
solution verte WS

ABTest Card® CE0459

PATIENT	Anti-A	CGR
Anti-B	Anti-B	

- Bien hydrater
- Déposer le sang
- Remplir complètement
- Interpréter

Contrôle «Dépôt de sang» Réaction Transfusion
 Oui Noter + / 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 : H 644 821 648 0 18/02/1972
 FAITVIVRE Magali
 ESPOIR
 21773 SURV CONT CHR

CGR n°: 04171 A+
 59256752971

Date de naissance :
 Test réalisé par : Nom et prénom : Date :
 Signature : Heure :

DIAGAST - 251, AV. AVINÉE - 59120 LOOS - FRANCE

Lecture immédiate après absorption
complète de la solution

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**



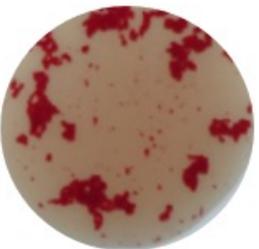
SAFETY CARD AB et SERAFOL

Noter la lecture

AB TEST CARD



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

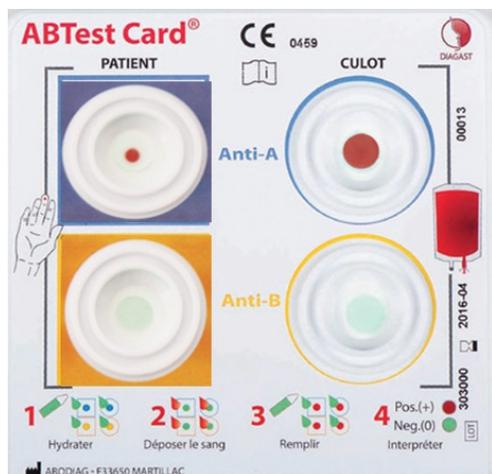
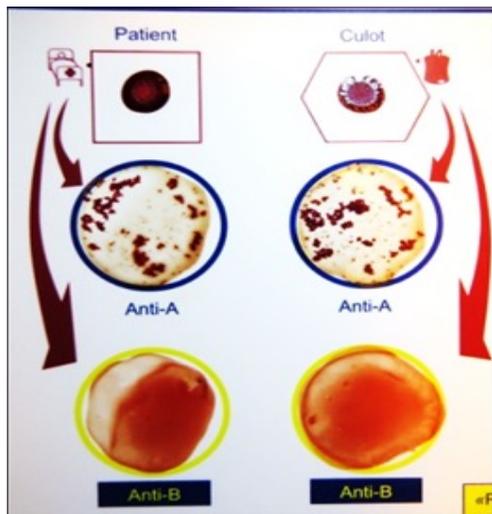


X = présence d'agglutination ou
point rouge
= présence d'antigène
= réaction positive



Interpréter les réactions : cas n° 1

SAFETY CARD AB et AB TEST CARD



ISOGROUPE

Patient

CGR

X

X

Agglutinations présentes / point rouge

0

0

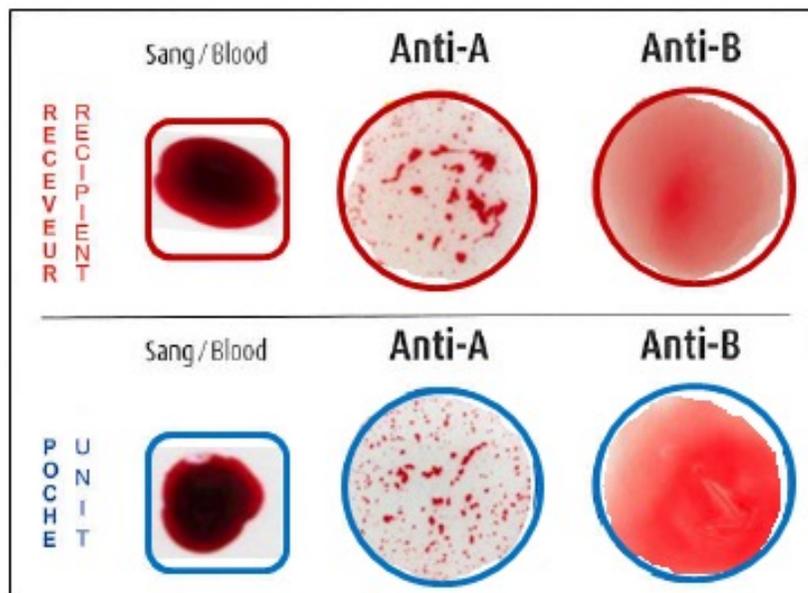
Agglutinations absentes / point vert

Conclusion : transfuser **OUI** NON

Interpréter les réactions : cas n° 1

SERAFOL

ISOGROUPE



X

Patient

0

X

CGR/poche

0

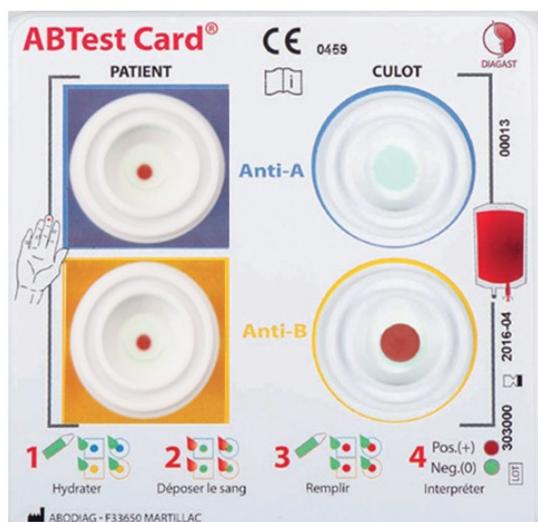
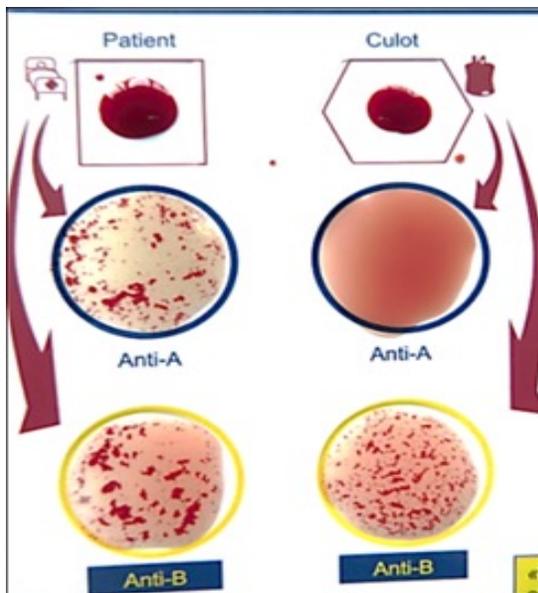
Agglutinations
présentes

Agglutinations
absentes

Conclusion : transfuser **OUI** NON

Interpréter les réactions : cas n° 2

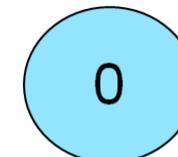
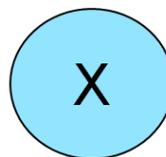
SAFETY CARD AB et AB TEST CARD



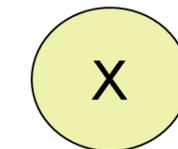
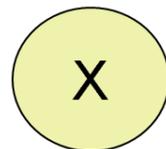
Non isogroupe COMPATIBLE

Patient

CGR



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



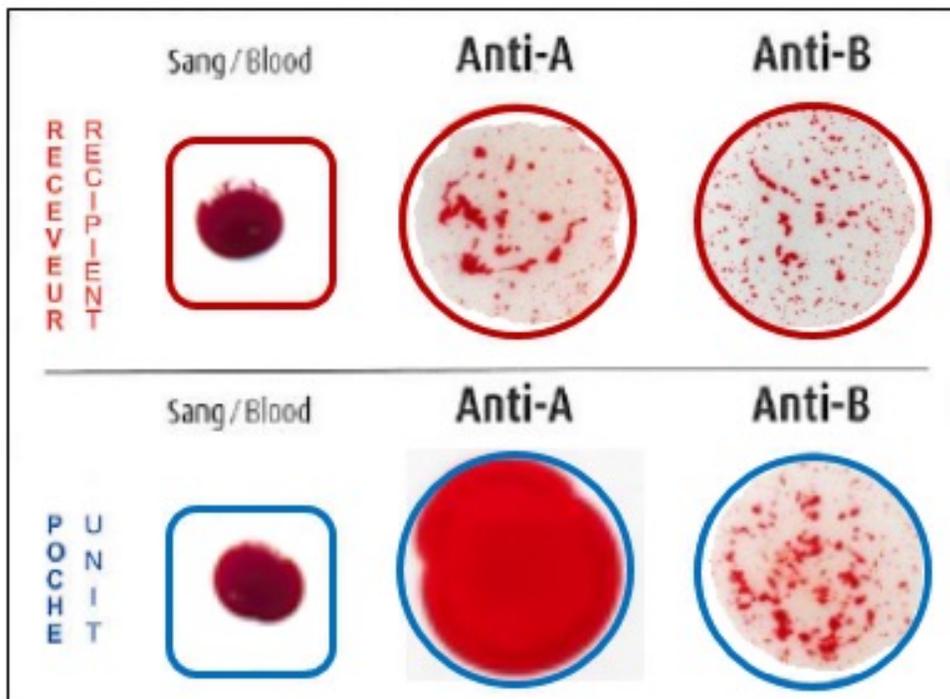
Agglutinations présentes / point rouge

Conclusion : transfuser **OUI** NON

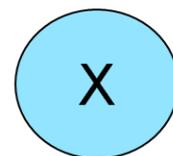
avis médical complémentaire selon ES

Interpréter les réactions : cas n° 2

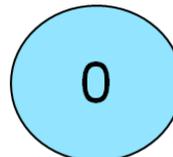
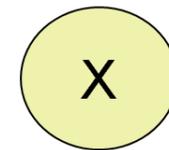
SERAFOL



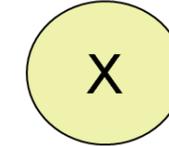
Non isogroupe **COMPATIBLE**



Patient



CGR/poche



Une seule agglutination présente côté **patient**

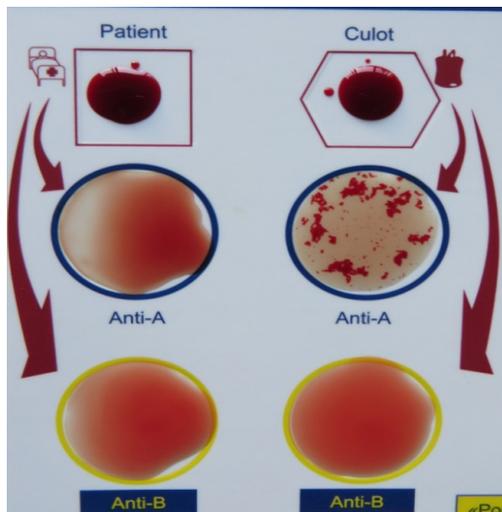
Agglutinations présentes

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

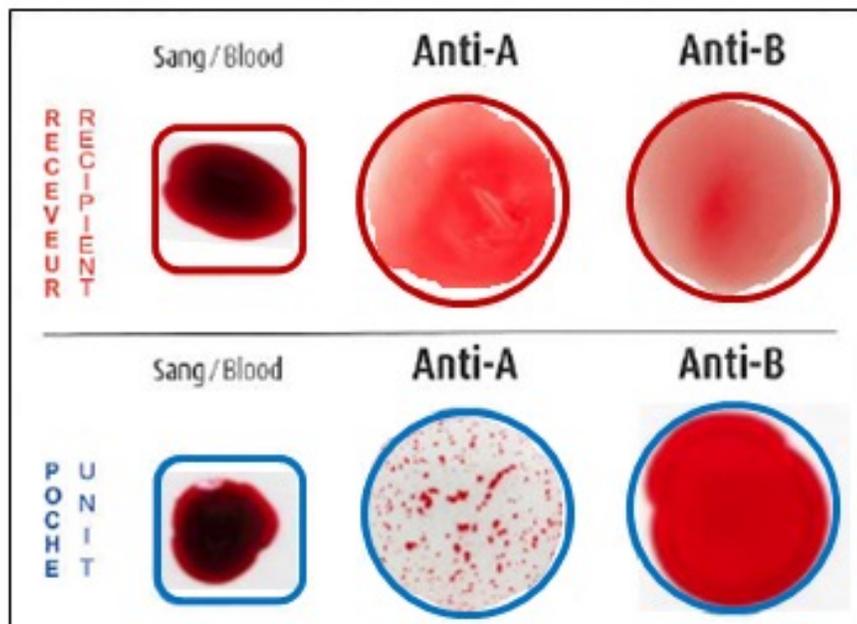
Agglutinations absentes

Conclusion : transfuser OUI **NON**

Interpréter les réactions : cas n° 3

SERA FOL

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°: _____

Nom de naissance: _____

Date de naissance: _____

Patient: de sang du patient dans et 1 de sang du CGR dans
 Déposer 1 de sérum physiologique NaCl 0.9% dans les 4 alvéoles.
 Prélever et déposer le sang en une seule fois dans chaque alvéole de la même couleur 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 interpréter.

« 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 poche.
- 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.
- Placer 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 obtenues.
- 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

PATIENT CGR

Anti-A Anti-A

Anti-B Anti-B

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

Contrôle «Dépôt de sang» Réaction Transfusion
 Oui Noter +/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°: _____

Anti-B Anti-B
 Patient CGR
 Noter avec 1 X la réaction positive sinon noter 0

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

Contrôle «Dépôt de sang» Réaction Transfusion
 Oui Noter +/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 »

Je ne transfuse PAS

Sang/Blood Anti-A Anti-B
 Sang/Blood Anti-A (Ctrl) Anti-B

R U M E R C O M M E N T A I R E
 P O N T P O C H E

Je ne transfuse PAS

ABTest Card CE 0459

PATIENT CGR

Anti-A Anti-A

Anti-B 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 :

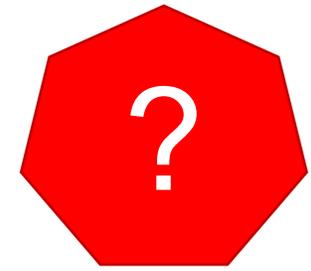
- ❖ Dans TOUS les cas , quelque soit le dispositif du test de compatibilité :
- ❖ On met toujours le sang du patient dans un réactif bleu et jaune sur une même ligne
- ❖ On met toujours le sang du CGR dans un réactif bleu et jaune sur une même ligne

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. »*

AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ?



Merci de votre attention