



# HÉMOVIGILANCE ET SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

IFSI 2025

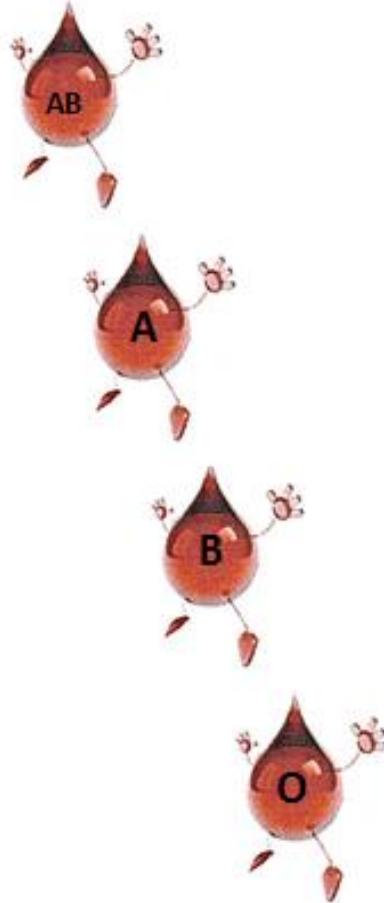


**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

DENISE VETO – CADRE HEMOVIGILANCE ET SECURITE TRANSFUSIONNELLE HCL

[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)

# PLAN

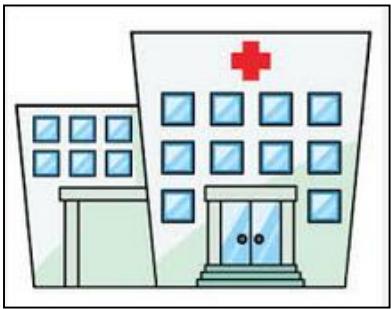


- ❖ La chaîne transfusionnelle
- ❖ Législation
- ❖ Hémovigilance, EFS, les PSL
- Responsabilités en transfusion.
- ❖ Immuno-hématologie
- ❖ **Les 4 Fiches de l'instruction du 16/11/2021 :**
  - Le groupe sanguin et la RAI
  - La commande de PSL et le transport
  - La réception et les vérifications
 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

*Les mentions entre guillemets et en italique sont extraites de l'Instruction N° DGS\_PP4\_DGOS\_PF2\_2021\_230 du 16 novembre 2021 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel*

# La CHAINE TRANSFUSIONNELLE

## ETABLISSEMENT de SANTE (ES)



EIR

Hémovigilance  
ES

Examens  
Immuno-hématologiques

Indication  
Information du patient  
Prescription

Effet  
Indésirable  
Receveur  
immédiat

Déclaration par le service

Effet  
Indésirable  
Receveur  
retardé

DONNEUR

RECEVEUR

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



# 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<sup>er</sup> 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.

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE  
Transfusion de globules rouges homologues :  
produits, indications, alternatives  
Anesthésie, Réanimation, Chirurgie, Urgence

Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE  
Novembre 2014

Coordonnateur régional

INSTRUCTION N°

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

## Comité de Sécurité Transfusionnelle Et d'Hémovigilance



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

- DON :**
- ❖ Bénévole
  - ❖ Volontaire
  - ❖ Anonyme



**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...).  
Sa fonction est multiple :  
• transporter l'oxygène (globules rouges) ;  
• porter les défenses (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 collecte est stérile, lave le pochoir des stérile et a usage unique. Le prélèvement est effectué dans des conditions aseptes (stérile) 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 aphérese**  
Le principe du prélèvement par aphérese est de séparer les différents composants du sang (plasma, plaquettes, globules rouges) et de les recueillir en quantité plus importante que celle des autres composants.

Il est possible de recueillir uniquement le plasma, donc 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 pratique à laide d'un séparateur de cellules. Il s'agit d'un appareil mural qui sépare les différents types de cellules (globules rouges, plaquettes, plasma) et les stocke dans des bouteilles stériles (échantillons). Un écran d'affichage à l'usage du donneur y est installé, il est entièrement clos et évite tout risque de contact du sang du donneur avec l'automatique.

Le prélèvement s'effectue en plusieurs cycles. Pour que le sang reste fluide tout le 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).  
Le don de plaquettes et de plasma séparément 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 aphérese, remise de microparticules provenant du dispositif médical à usage unique est possible mais reste minime. En conditions normales de fonctionnement, et en fonction de la réglementation nationale et internationale, les autorités sanitaires françaises et internationales en veillent pour ces 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**  
[dondesangs.efs.sante.fr](http://dondesangs.efs.sante.fr)

## Accueil du DONNEUR :

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

Maison du Don  
à Confluence



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

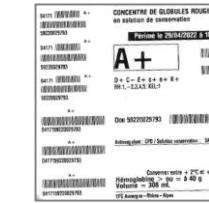
## Aptitude au DON

- ❖ Examen clinique
- ❖ Examens biologiques



## TRACABILITE

- ❖ A partir du don
- ❖ Code barre



## Missions de l'EFS :

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

# Produits Sanguins LABILES : PSL

Délivrés par :



# CGR : Concentré de Globules Rouges

## PFC : Plasma Frais Congelé

## CP : Concentré de Plaquettes



## HEMOVIGILANCE

# Médicaments Dérivés du Sang

## MDS

### Produits sanguins STABLES :

Délivrés par : **PHARMACIE**



Albumine  
ImmunoGlobulines  
Facteurs de coagulation,...



## PHARMACIE

## Indications et Prix

**CGR : 214 €**

**Correction de l'ANÉMIE (<70 d'Hb/L)**

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

**Plasma Frais Congelé : 113 €**

**Traitements des DÉFICITS en FACTEURS de COAGULATION**

**Concentrés de Plaquettes :**

**MCP : mélange concentré plaquettes : 8 à 12 donneurs**

**CPA : concentré plaquettes aphérèse : 1 seul donneur**

**en moyenne : 350 €**

**Traitements 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



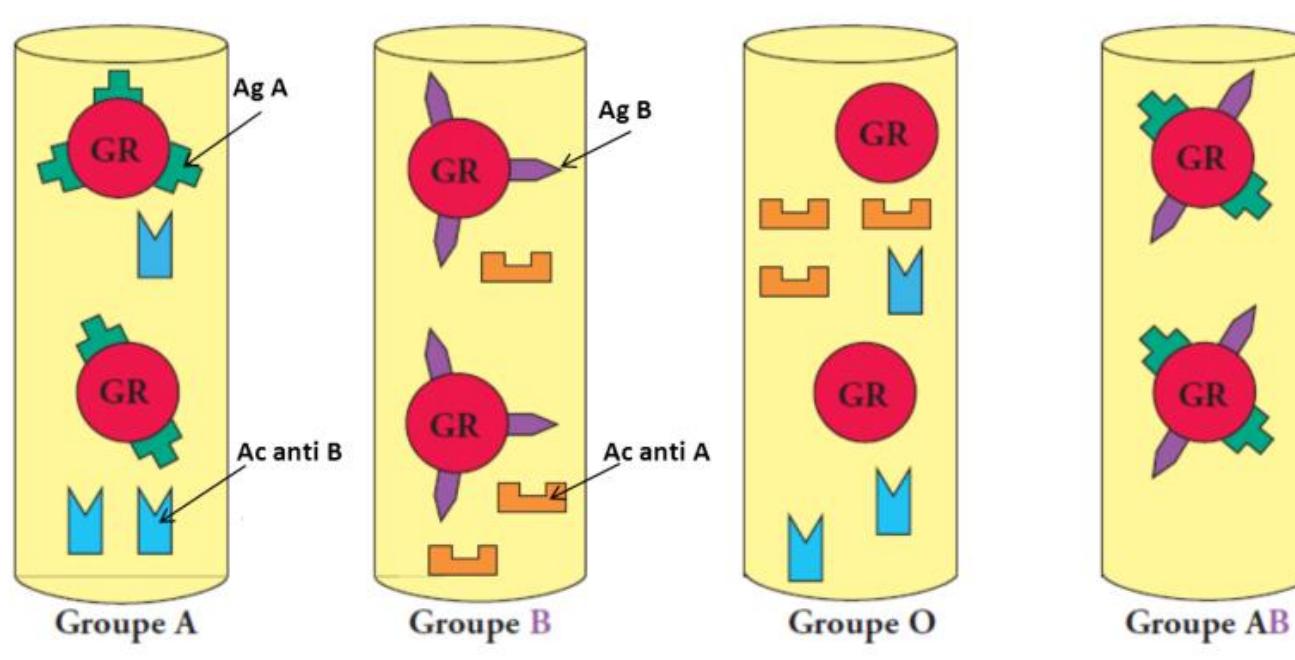
liés à des défauts de bonnes pratiques :  
Déclaration dans le système qualité de l'ES



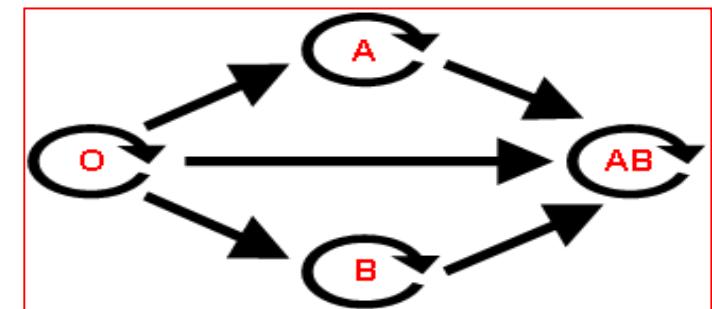
# IMMUNO-HEMATOLOGIE

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

**Anticorps du système ABO** : immunoglobulines qui reconnaissent spécifiquement un Antigène

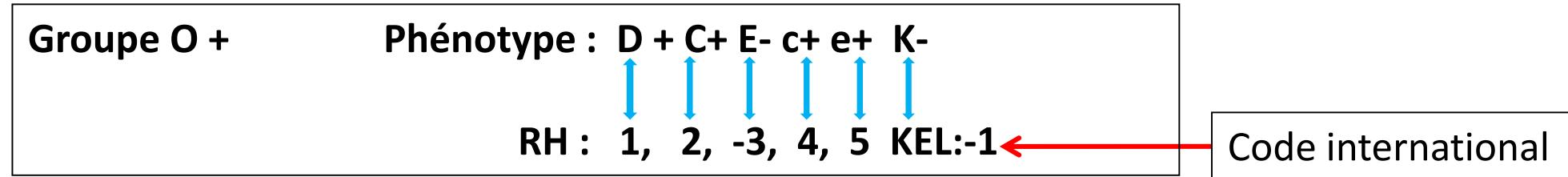


Les Antigènes se trouvent sur la membrane du globule rouge  
Les Anticorps circulent dans le plasma



# 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 VERIFICATIONS

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**

# FICHE 1 : les PRELEVEMENTS IMMUNO-HEMATOLOGIQUES

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



Laboratoire de Biologie Médicale de l'ITS Auvergne Rhône-Alpes  
10 rue de la Biologie, 69366 Villeurbanne Cedex - Tél. 04 72 73 00 00  
Balglogh impossible : la livraison sera effectuée par coursier  
Demande d'expédition : 24h/24h - 7j/7j - 365j/365j  
Tél. 04 72 73 01 11 - Fax : 04 72 73 03 80  
Balglogh impossible de nuit : 04 72 73 02 04

Numéro individu ES : 0503324237  
Nom de naissance : ESPOR  
Nom et prénom : Khoussal (F)  
Prénom : Khoussal (F)  
Date de naissance : 18/02/1992  
Identifiant patient ES : 103-00758  
Numéro d'admission : 0885109516  
Demande : 4011780001  
Prescrit par : Pneumologie A

COMPTE RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE

Prélèvement de sang n° 4011780001 du 18/02/23 à 07:45

Phénotypage erythrocytaire ABO RHT(D)  
Méthode : Immunoprécipitation par anticorps DAKO (jouvé Diagnos) [Afficher le résultat \(n° 4011780011\)](#)  
 Rht+1  
 Rht négatif

Phénotypage erythrocytaire RH KELL  
Méthode : Immunoprécipitation par anticorps DAKO (jouvé Diagnos) [Afficher le résultat \(n° 4011780011\)](#)  
RH-2,-3,-4,5 KELL-1  
C-1-2 et K-  
C-1-2 et K-

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

Salut à l'ancien du 15 mai 2018, la notice de carte de groupe simple x RH sa partie. Celle-ci est remplacée par les comptes rendus de résultats de phénotypage érythrocytaire. Pour rappel, deux séries de tests de groupe simple sont nécessaires pour toute évaluation.

Fax à 04 72 73 01 11

Les résultats sont délivrés sous forme de rapport de laboratoire par l'intermédiaire d'un système informatique centralisé.

# GROUPAGE 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

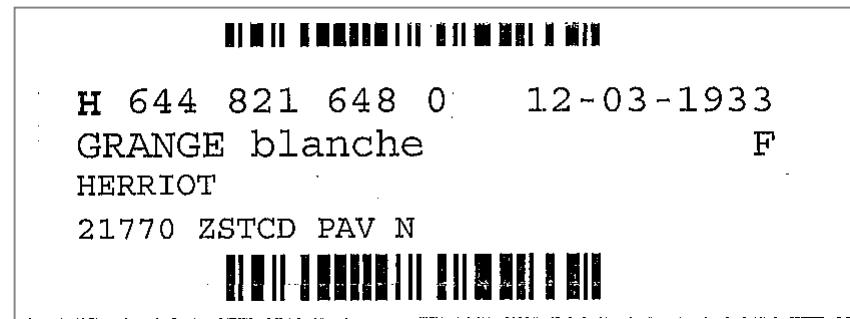
- Question **ouverte** au patient **avant** le prélèvement et **contrôle du bracelet**
- Vérifier l'étiquette : exactitude de **orthographe**, qualité d'impression et format
- Si le patient ne peut pas décliner son identité, confronter plusieurs types de documents

«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

**EFS Rhône-Alpes Auvergne**  
**Demande d'examens des laboratoires d'Immuno hématologie érythrocytaire**  
**RAA/LAB/IHE/FO/187 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  
 Dérégulation  
Numéro échantillon (coller l'étiquette demande)

Manuel de prélèvement du Laboratoire de l'EFS AURA disponible sous : <https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes>  
Réservé au laboratoire :  
Réception / horodatage :

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

**Prélèvement**

Date de prélèvement : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Heure :  
Préleveur  
Nom :  
Prénom :  
Fonction :  
Signature :  
\_\_\_\_

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

Prélèvements sur tube EDTA (violet)	Prélèvements tube EDTA (violet)	Génotypage foetal
<input type="checkbox"/> Groupe sanguin ABO RHL et phénotype RH KEL1 (+TDA si enfant <4 mois sauf si fourni) <input type="checkbox"/> Recherche d'Anticorps irréguliers (RAI, dépistage d'anticorps irrégulaires) <input type="checkbox"/> TDA (Test ou Examen Direct à l'Antiglobuline) <input type="checkbox"/> Identification d'Anticorps Irréguliers si RAI dépistage positif, fournir résultats et panel de dépistage <input type="checkbox"/> Epreuve Directe de Compatibilité <input type="checkbox"/> Elution d'anticorps Phénotypage érythrocytaire <input type="checkbox"/> Etendu FY1/2, JK1/2, MN53/4 <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Génotypage érythrocytaire	<input type="checkbox"/> Titrage d'Anticorps chez la femme enceinte (anticorps anti : _____) <input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'Anticorps chez la femme enceinte <input type="checkbox"/> Test de Kleihauer pré-natal (nombre SA : _____) <input type="checkbox"/> Test de Kleihauer post-natal <input type="checkbox"/> Titrage des anticorps immuns ABO <input type="checkbox"/> Titrage des anticorps naturels ABO	<input type="checkbox"/> Génotypage RHD foetal sur sang maternel 2 tubes EDTA (violet) 1 tube sec avec gel (jaune) (à centrifuger 30 minutes après prélèvement) <input type="checkbox"/> Autre génotypage sur sang maternel : 3 tubes EDTA (violet) Documents à fournir pour cet examen : Consentement écrit obligatoire (voir <a href="https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes">https://www.efs.sante.fr/region/auvergne-rhone-alpes</a> ) Résultat du groupage sanguin de la patiente Ordonnance signée du prescripteur

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES :**

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

Mise en page plus aisée - MAJ lien internet manuel prélèvement

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



Au chevet du patient



## 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



## Exemple

**Lit 1**  
**Mr X**

**Billet de lit**  
**Mr X**

**Etiquettes**  
**Mr X**

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

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

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

Mr Z  
Prévu Lit 2  
amené par  
ambulance

**Lit 2**  
**Mr Z**

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

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

**Et si Mr X n'avait pas été groupé avant ?**  
**Groupe sanguin FAUX pour Mr X**

Faire croire aux deux prélèvements  
à deux temps différents...

par exemple:

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

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

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

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

# Carte ou document de groupe sanguin

- 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



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

Arrêté du 26 avril 2002

LBM EFS Auvergne-Rhône-Alpes - Site : Lyon GHE	
Groupe sanguin : A+	
Nom de naissance : ESPORI	
Nom d'usage : FAITVYRE	
Prénom : Magali (F)	
Né(e) le : 18/02/1972	
Individu : 4503324237	
A + D+ C+ E- c+ e+ K- RH: 1,2,-3,-4, 5 KEL: 1	Détermination 1 : 28/12/2021 N° de la demande : 400530007
A + D+ C+ E- c+ e+ K- RH: 1,2,-3,-4, 5 KEL: 1	Détermination 2 : 08/05/2022 N° de la demande : 4815352796
Autres phénotypes :	
Mentions biologiques spéciales :	

2 déterminations

Laboratoire de Biologie Médicale de l'EFS Auvergne Rhône-Alpes  
Association COPAC Examen Médicos n°0-2513 - Liste des sites et portes disponibles sur  
Biologiste responsable : Dr Isabelle GOUDE

Site d'Immunohématologie Erythrocytaire - Lyon GHE  
Groupeur Hospitalier Est - 25 avenue Doyen Lépine - 69677 BRON CEDEX  
Tél : 04 72 35 70 11 Fax : 04 78 53 54 00  
Biologiste responsable : Dr Marie GOUDE

Numéro individu EFS : 4502155  
Nom de naissance : ESPORI  
Nom d'usage : FAITVYRE  
Prénom (Sexe) : Magali (F)  
Date de naissance : 18/02/1972  
Identifiant patient ES : 11173185  
Numéro d'admission : 5554168577  
Demande : 4011780001  
Présent par : Surveillance Continue

HCL CARDIOLOGIQUE  
Surveillance Continue  
UF - 33775

COMTE RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE

Prélèvement de sang n°4011780001 du 17/03/19 à 07:45

**GROUPE ABO-RH1**  
Hémagglutination en microplaques sur autoteste Quaely (Innolab Diag)

A Rh positif (RH1)  
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**  
Hémagglutination en microplaques sur autoteste Quaely (Innolab Diag)

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**  
Hémagglutination en microplaques sur autoteste Quaely (Innolab Diag)

Test indirect à l'antiglobuline Négatif  
Aucune

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

Laboratoire de Biologie Médicale de l'EFS Auvergne Rhône-Alpes  
Association COPAC Examen Médicos n°0-2513 - Liste des sites et portes disponibles sur  
Biologiste responsable : Dr Isabelle GOUDE

Site d'Immunohématologie Erythrocytaire - Lyon GHE  
Groupeur Hospitalier Est - 25 avenue Doyen Lépine - 69677 BRON CEDEX  
Tél : 04 72 35 70 11 Fax : 04 78 53 54 00  
Biologiste responsable : Dr Marie GOUDE

Numéro individu EFS : 4503324237  
Nom de naissance : ESPORI  
Nom d'usage : FAITVYRE  
Prénom (Sexe) : Magali (F)  
Date de naissance : 18/02/1972

Identifiant patient ES : 101-07575  
Numéro d'admission : 4805159516  
Demande : 4011780001  
Présent par : Pneumobiologique A

COMTE RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE

Prélèvement de sang n°4011780001 du 17/03/19 à 07:45

**Phénoménage erythrocytaire ABO RH1(D)**  
Méthode : Hémagglutination en microplaques sur autoteste Quaely (Innolab Diag)  
Anticorps du 05/03/22 (Archetypal n°4011780011)  
O RH-1  
O D négatif

**Phénoménage erythrocytaire RH KEL1**  
Méthode : Hémagglutination en microplaques sur autoteste Quaely (Innolab Diag)  
Anticorps du 05/03/22 (Archetypal n°4011780011)  
RH-2,-3,-4,5 KEL-1  
C- E- c+ e- K-

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

Document à délivrer sous enveloppe. Celle-ci est complétée par les consignes indiquées à la page 2.  
Les informations contenues dans ce document sont confidentielles et réservées au secteur professionnel. N'oubliez pas de nous contacter si vous n'avez pas le destinataire.  
Le résultat de ce prélèvement est consultable sur nos sites : [www.efs.fr](http://www.efs.fr) et [www.efs.fr](http://www.efs.fr).  
Le résultat de ce prélèvement est consultable sur nos sites : [www.efs.fr](http://www.efs.fr) et [www.efs.fr](http://www.efs.fr).

Document à délivrer sous enveloppe. Celle-ci est complétée par les consignes indiquées à la page 2.  
Les informations contenues dans ce document sont confidentielles et réservées au secteur professionnel. N'oubliez pas de nous contacter si vous n'avez pas le destinataire.  
Le résultat de ce prélèvement est consultable sur nos sites : [www.efs.fr](http://www.efs.fr) et [www.efs.fr](http://www.efs.fr).

Document à délivrer sous enveloppe. Celle-ci est complétée par les consignes indiquées à la page 2.  
Les informations contenues dans ce document sont confidentielles et réservées au secteur professionnel. N'oubliez pas de nous contacter si vous n'avez pas le destinataire.  
Le résultat de ce prélèvement est consultable sur nos sites : [www.efs.fr](http://www.efs.fr) et [www.efs.fr](http://www.efs.fr).

Page 1/1

Page 1/1

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

DU DEMANDEUR Joindre les documents de groupage sanguin et pour les CGR, le résultat de la RAI valide (ou les prélevements pour leur réalisation)	
PRSCRIPTEUR	ETABLISSEMENT DE SANTE:
Nom (lisible et en majuscule): .....	Service (UF): .....
Téléphone du prescripteur: .....	Tél. direct: .....
Signature (obligatoire)	Date de la prescription: ..... / ..... / .....
Pour une transfusion non urgente ou programmée	
PATIENT (coller l'étiquette du patient)	
Nom de famille(jeu 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": .....	
Ou	
Si transfusion urgente cocher la mention adéquate	
<input type="checkbox"/> Urgence Vitale Immédiate (délivrance sans délai) et <input type="checkbox"/> à l'EFS	
<input type="checkbox"/> Urgence Vitale (délai obtention < 30 minutes) et <input type="checkbox"/> 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	
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 PLAQUETTES (CP)	
Quantité désirée : ..... en 10 <sup>11</sup> plaquettes (joindre au verso) ou Nb. de CP : .....	
<input type="checkbox"/> Délivrance souhaitée des PSL en réserve	
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	
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): .....	

# FICHE 2 : La COMMANDE de PSL et le TRANSPORT

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES**

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

<b>PRESCRIPTEUR</b>		<b>ETABLISSEMENT DE SANTE:</b>	
Nom (lisible et en majuscule): ..... Téléphone du prescripteur: ..... Signature (obligatoire)		Service (UF): ..... Tél. direct: .....	
Date de la prescription: .....			
<b>PATIENT (coller l'étiquette du patient)</b>			
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 ("l'identité complète de la mère": .....)		Pour une transfusion non urgente ou programmée Date et heure souhaitées de la délivrance: le ..... / ..... à ..... H Ou 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"/> Myéloïdysplasie <input type="checkbox"/> Greffe CSH <input type="checkbox"/> Autre: .....			
<b>CONCENTRE de GLOBULES ROUGES (CGR)</b>		<input type="checkbox"/> Traceur température (Entourer l'indication) Envoiage: ..... Retiré: .....	
Nombre : ..... CGR ou Volume : ..... mL		<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	
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"/> Compatibilité (joindre un tube EDTA) <input type="checkbox"/> Autres (préciser): .....		<input type="checkbox"/> Demande de mise en réserve à l'EFS PSL: ..... Nb: ..... jusqu'au ..... / ..... / .....	
<b>CONCENTRE de PLAQUETTES (CP)</b>		<input type="checkbox"/> Délivrance souhaitée des PSL en réserve PSL: ..... Nb: ..... Date: ..... Heure: ..... Service: ..... (si différent)	
Quantité désirée : ..... en 10 <sup>11</sup> plaquettes (posologie au verso) ou Nb de CP : .....			
Poids (patient): ..... kg Num. Plaquettaire: ..... G/L Date Numérotation: .....		<input type="checkbox"/> Irradié (préciser indication): ..... <input type="checkbox"/> Autre (préciser): .....	
Le produit le plus adapté (MCP ou CPA) sera sélectionné en fonction des produits disponibles			
<b>PLASMA FRAIS CONGELE (PFC)</b>		<input type="checkbox"/> VHE négatif (indications au verso)	
Nombre : ..... PFC ou Volume : ..... mL		Prescripteur: ..... Date: ..... Heure: ..... Service: ..... (si différent)	
(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): .....			
<b>PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES</b>		Quantité CGR : .....	Quantité PFC : .....
Réservé site de délivrance : Modifications de la prescription: ..... Date: ..... / ..... / ..... Nom de la personne jointe: ..... Visa: ..... Feb/2016			
EFS Rhône-Alpes -Auvergne (liste des sites de délivrance au verso du dernier feuillet)			



# 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

## 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. »

### Prescription EFS

### Prescription HCL

# 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**

ETIQUETTE DU PATIENT		IDENTIFICATION DU SERVICE ET DE L'ETABLISSEMENT	Date de prescription : ...../...../.....
TAMPON DU SERVICE		TELEPHONE :	Date et heure souhaitée de délivrance : ...../...../..... à ..... h .....
URGENCE VITALE (Responsabilité particulière du médecin prescripteur en l'absence de carte de groupe valide et/ou de RAI - voir au verso)		Mise en réserve à l'EFS <input type="checkbox"/> Entreposage <input type="checkbox"/> Dépôt relais <input type="checkbox"/>	
Vitale Immédiate <input type="checkbox"/> Vitale (< 30 min) <input type="checkbox"/> Relative(2 à 3 h) <input type="checkbox"/>		PRODUITS SANGUINS AUTOLOGUES : CGR TAP (quantité) : ..... PFC TAP (quantité) : .....	
Quantité : CGR ..... PFC ..... Plaquettes .....		CONCENTRES DE GLOBULES ROUGES : Unité adulte (quantité) : ..... Unité pédiatrique (quantité) : ..... Si poids <40 kg ..... ml	
Phénotypé RH-KEL 1 <input type="checkbox"/> Irradié <input type="checkbox"/>		CONCENTRES DE PLAQUETTES ( voir au verso) : CPA (Concentré de Plaquettes d'Aphérèse) : ..... de ..... 10 <sup>11</sup> Plaq MCP (Mélange de Concentrés de Plaquettes) : ..... ≥ 3.10 <sup>11</sup> Plaq	
Déplasmatisé <input type="checkbox"/> Durée par CGR.....heures Hémoglobine ..... g/l ou Débit par CGR.....mmol/lm		Indifférem (CPA ou MCP) : ..... Déplasmatisé <input type="checkbox"/> Durée par CP:..... Poids : .....kg Num Plaq. : .....G/l Date : .....	
PLASMA FRAIS CONGELE : Préciser l'indication : CIVD : <input type="checkbox"/>		RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OU DEMANDES SPECIALES : Protocole Transfusionnel Particulier : .....	
<b>URGENCE VITALE (Responsabilité particulière du médecin prescripteur en l'absence de carte de groupe valide et/ou de RAI - voir au verso)</b> Vitale Immédiate <input type="checkbox"/> Vitale (< 30 min) <input type="checkbox"/> Relative(2 à 3 h) <input type="checkbox"/> 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): .....	ETABLISSEMENT de SANTE : (Etiquette ou tampon)
Téléphone du prescripteur: ..... Signature (obligatoire)	Service prescripteur (UF) : .....
Date et heure de la prescription ...../...../..... à .....h.....mn	Tél. direct : .....
PATIENT (coller l'étiquette du patient)	Transfusion non urgente ou programmée : Délivrance souhaitée (date et heure) : ...../...../..... à .....H.....
Nom de naissance: ..... Nom d'usage (marital ou autre) : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Ou Transfusion urgente : cocher le degré d'urgence <input type="checkbox"/> Urgence vitale immédiate (délivrance sans délai) et <input checked="" type="checkbox"/> EFS <input type="checkbox"/> Urgence vitale (délai obtention ≤ 30 min) et <input checked="" type="checkbox"/> EFS <input type="checkbox"/> Urgence relative (délai obtention 2h à 3h)
<b>Transfusion urgente : cocher le degré d'urgence</b> <input checked="" type="checkbox"/> Urgence vitale immédiate (délivrance sans délai) et <input checked="" type="checkbox"/> EFS <input type="checkbox"/> Urgence vitale (délai obtention ≤ 30 min) et <input checked="" type="checkbox"/> EFS <input type="checkbox"/> Urgence relative (délai obtention 2h à 3h)	
Aplasie idiopathique <input type="checkbox"/> Myélodysplasie	

# PRINCIPE de DELIVRANCE par l'EFS

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



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

Identité du receveur

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

Identité immuno-hématologique du receveur

- Groupe sanguin
- Phénotype
- ACI

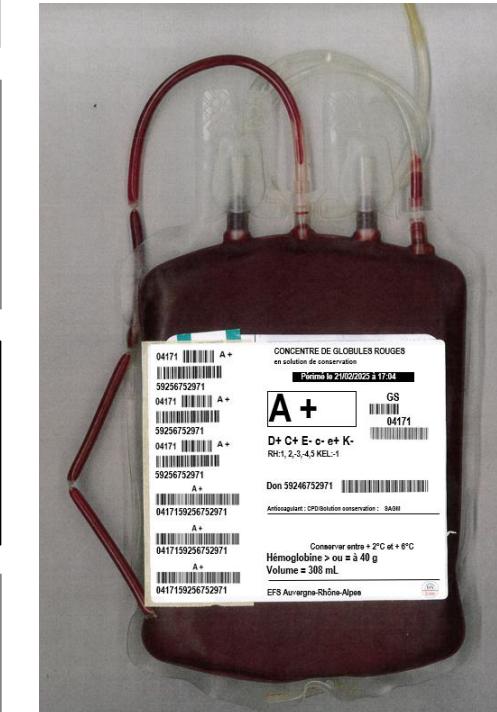


PSL

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



Identité immuno-hématologique  
- Groupe sanguin  
- Phénotype



# Le transport

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

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

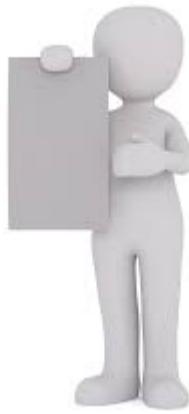


**IDE du SERVICE**

**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

<p>Le donneur donne la vie</p> <p>EFSS</p> <p>Le donneur donne la vie</p>		<p>Laboratoire de Biologie Médicale de Toulouse, Avenue Henri Alloue</p> <p>émission de résultat: 04/05/2018 à 14:00 - le résultat est à jour dans les délais prévus par la loi</p> <p>Code de l'Informatique Médicale (CIM): 1000 - Général</p> <p>Code de l'Informatique Médicale (CIM): 1000 - Général</p> <p>Tel: 05 34 55 11 - Fax: 05 34 55 10</p> <p>Site: <a href="http://www.efs.sante.fr">www.efs.sante.fr</a></p> <p>Code de l'Informatique Médicale (CIM): 1000 - Général</p>	
<p>Numéro identifiant EFS : 4063342327</p> <p>Code de nécessité : EFS09</p> <p>Numé de usage : FAITIVRE</p> <p>Date de nécessité : 28/03/1992</p> <p>Identifiant patient ES : 1034079</p> <p>Numéro d'admission : 098530516</p> <p>Demande : 4011700001</p> <p>Prescrit par : Pneumologie A</p>			
<p></p> <p></p> <p></p>			
<p><b>COMPTÉ RÉSUMÉ DES RÉSULTATS D'EXAMEN D'URINIQUE HÉMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE</b></p>			
<p>Prélevement de urine : 4011700001 du 24/04/2018 à 07:45</p>		<p>Arrivée du 26/05/2018 (échantillon : 401170001)</p>	
<p><b>Phénotype erythrocytaire ABO (RH)</b></p> <p>réaction : agglutination en émulsion sur réacteur (échantillon) / réactifs injecté</p> <p>A + A positif</p>		<p>Arrivée du 26/05/2018 (échantillon : 401170001)</p> <p>Bu + -3, A -5, KEL-1</p> <p>Cx + E- + K-</p>	
<p><b>Phénotype erythrocytaire RH KEL</b></p> <p>réaction : agglutination en émulsion sur réacteur (échantillon) / réactifs injecté</p> <p>RH2 + -3, A-5, KEL-1</p> <p>Cx + E- + K-</p>		<p>Arrivée du 26/05/2018 (échantillon : 401170001)</p>	
<p><b>Dépistage d'anticorps anti-érythrocytaires</b></p> <p>réaction : agglutination en émulsion sur réacteur (échantillon) / réactifs injecté</p> <p>Titre 1/32 : négatif (Titre : 1/32)</p> <p>Abérence d'anticorps anti-érythrocytaires décelée sur cet échantillon</p>		<p>Négatif</p> <p>Antécédent : Aucune</p>	
<p>Compte rendu détaillé, résultats validés et interprétés par le Médecin Biologique</p>			
<p><b>Suite à l'envoi du 21 mai 2018, le résultat du groupe sanguin A BO n'a pas été rappelé. Ce résultat est remplacé par le complément rendu de résultat de phénotypage erythrocytaire. Pour respecter les délais de transmission de phénotypage erythrocytaire sont nécessaires pour transfusion de sang.</b></p>			



## Prescriptions

# Traçabilité de la Réception

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

## → Tracer la phase de réception :

- sur le bordereau de transport  
(transport voiture)

- sur la Fiche de Délivrance

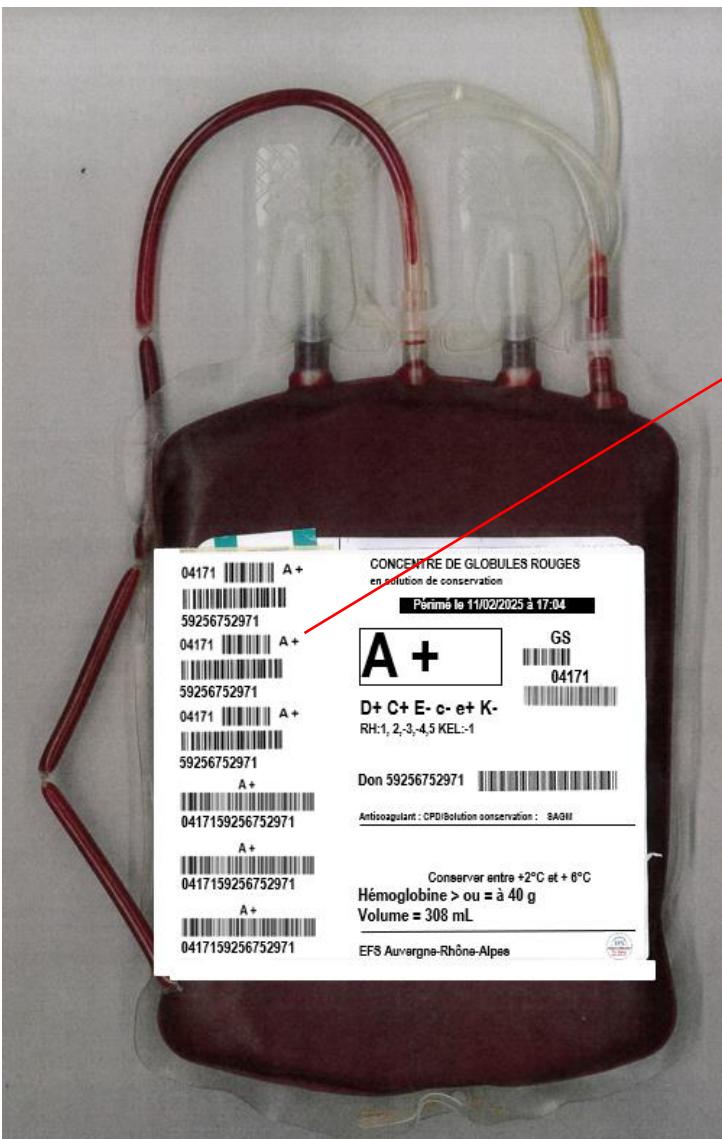
- à température ambiante
  - avec l'ensemble des documents
  - à proximité du patient receveur

(Si possible et adapté)

<p><b>EXPEDITEUR</b></p> <p>EFIS rhône-alpes-savoie Site du Groupeement Hospitalier EST</p> <p>28, avenue du Doyen Lépine 69677 Bron Cedex</p> <p>Tél: 04 72 35 78 50 - Fax: 04 78 63 54 00</p>	<p><b>DESTINATAIRE</b></p> <p>HCL CHARNENNES / LYON</p> <p>SCD 3 AB UF - 28531</p> <p>Service 28931 SCD 3 AB</p> <p>Tel:</p>																		
<p><b>Etiquette de TRANSPORT</b> - <b>TRANSFUSION : PRODUITS SANGUINS</b></p> <p>Etiquette le : 05/01/2018 09:12</p> <p>Produits contenus et quantité :</p> <p><b>1 Concentré(s) globulaire(s)</b></p> <p>Température du colis : <b>Entre +2°C et +10°C</b></p> <p>A préserver des chocs physiques ou thermiques.</p> <p><b>En cas d'accident ou d'incident durant le transport, prévenir immédiatement l'expéditeur</b></p> <p>En cas de produit réparé à l'extérieur de l'emballage, ne pas toucher sans être muni de gants protecteurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre le caisson d'emballage dans un grand sac en plastique.</li> <li>- Nettoyer ce qui a été touché avec des tissus et du papier absorbant qui sera jeté dans une déchirure sac en plastique.</li> <li>- Protéger le produit avec du papier absorbant.</li> <li>- <b>En cas de contact avec la peau :</b> laver immédiatement à l'eau et déclencher avec un produit approprié.</li> <li>- Des informations plus détaillées sur le contolus à froid peuvent être obtenues auprès du hospitalier.</li> </ul>																			
<p><b>BORDEREAU d'EXPÉDITION</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> URGENT      <input type="checkbox"/> NORMAL</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Transport confié à :</td> <td style="width: 50%;">Nombre d'emballages intermédiaires :</td> </tr> <tr> <td></td> <td><b>N° bordereau :</b> 4894583 + 498 4559</td> </tr> </table> <p><b>DEPART</b></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Visa EFIS : Nom + signature</td> <td style="width: 50%;">Date : ↓</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Heure : ↓ 13:46 01/01/2018</td> </tr> </table> <p><b>RECEPTION</b></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Visa destinataire : Nom + signature</td> <td style="width: 50%;">Date : ↓</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Heure : ↓</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Visa transporteur : Nom + signature</td> <td style="width: 50%;">Date : ↓</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Heure : ↓</td> </tr> </table> <p>Contrôle colis à réception :</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Conforme</td> <td><input type="checkbox"/> Non conforme</td> </tr> </table> <p>Réerves :</p>		Transport confié à :	Nombre d'emballages intermédiaires :		<b>N° bordereau :</b> 4894583 + 498 4559	Visa EFIS : Nom + signature	Date : ↓		Heure : ↓ 13:46 01/01/2018	Visa destinataire : Nom + signature	Date : ↓		Heure : ↓	Visa transporteur : Nom + signature	Date : ↓		Heure : ↓	<input checked="" type="checkbox"/> Conforme	<input type="checkbox"/> Non conforme
Transport confié à :	Nombre d'emballages intermédiaires :																		
	<b>N° bordereau :</b> 4894583 + 498 4559																		
Visa EFIS : Nom + signature	Date : ↓																		
	Heure : ↓ 13:46 01/01/2018																		
Visa destinataire : Nom + signature	Date : ↓																		
	Heure : ↓																		
Visa transporteur : Nom + signature	Date : ↓																		
	Heure : ↓																		
<input checked="" type="checkbox"/> Conforme	<input type="checkbox"/> Non conforme																		

Contrôle à réception	
Contrôle à réception conforme : Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nombre total de produits reçus : 2
Réception : Par : <u>N. Latran IDE</u>	Date : <u>10/02/2025</u> Heure : <u>11 h 20</u>
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



## CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES en solution de conservation

Périmé le 11/02/2025 à 17:04

**A +**

A standard linear barcode is positioned above the text '04171'.

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

Don 59256752971



Anticoagulant : CPD/Solution conservation : SAGM

Conserver 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**  
Avis de reçu: Examen médical n°16-03-12 - Liste des sites et portées disponibles sur www.cofrac.fr  
Biologiste responsable : Dr Isabelle DELORME  
Site d'Immunohématologie Erythrocytaire - Lyon GHE  
Groupe hospitalier Est - 28 avenue Doyen Lépine - 69577 BRON CEDEX  
Tél : 04.72.35.70.11 - Fax : 04.78.53.54.00  
Biologiste responsable du site : Dr Marie GOUDE

Numéro individu EFS : 450324237  
Nom de naissance : ESPOIR  
Nom d'usage : FAITVIVRE  
Prénom (Sexe) : Magali (F)  
Date de naissance : 18/02/1992  
Identifiant patient EFS : 10140758  
Numéro d'admission : 6985159516

## Phénotypage érythrocytaire ABO RH1(D)

Méthode : hémagglutination en microplaquette sur automate QWALYS (réactifs Diagast)

A RH:1  
A D positif

## Phénotypage érythrocytaire RH KEL1

Méthode : hémagglutination en microplaquette sur automate QWALYS (réactifs Diagast)

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'arrêté 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 groupage sanguin. Pour rappel, deux déterminations de groupage sanguin sont nécessaires pour transfuser.  
Les informations contenues dans ces documents sont confidentielles et soumises au secret professionnel. Merci de nous contacter si vous n'entrez pas dans la déclarante.  
Pour toute question relative au transfusion, consulter : <http://efs.sante.fr/transfusion/>



**FICHE DE DELIVRANCE**

Délivré le : 10/02/2025 10:58 EFS Auvergne-Rhône-Alpes Site du Groupe hospitalier EST 6537968  
Délivré par : D3RK 28, avenue du Doyen Lépine Etats/cbdEfs 1 page.EFS.QRP  
Édité 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)  
Patient : N° de patient EFS : 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 : 450324237

Code : 31 Service : 33102  
PNEUMOLOGIE A  
Prescripteur : Docteur BAUREN  
Ordonnance :

Données immuno- hématologiques Consignes transfusionnelles

ABO : A+ Phénotype : D+ C+ E- c- e+ K-  
A+ RH : 1, 2, -3, -4, 5 KEL : -1  
Anticorps irréguliers : 09/02/2025 RAI Négative

Dernière RAI le : 09/02/2025 RAI Négative

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

Produits Numéro / lot Groupe / Phénotype Qualification

04171	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	59256752971	A+ D+ C+ E- c- e+ K- RH:1,2,-3,-4,5 ; KEL:-1	CGR- Phénotypé RhKell

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

Contrôle à réception

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.

Tracabilité PSL

Produit Coller la vignette et vérifier le numéro de 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)
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		- / - / - - : -	
Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		- / - / - - : -	
Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>		- / - / - - : -	
Non <input type="checkbox"/>	Non <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 DESTINÉ À L'HEMOVIGILANCE

## 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



# CONTRÔLE ULTIME DE CONCORDANCE



# Réception

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

## Pour chaque PSL transfusé



CGR



CP



PFC

LBM FPI Avergne-Rhône-Alpes - Site : Lyon-Croix-Rousse	
Site : Croix-Rousse 69004 LYON - Tél : 04.72.17.98.16	
Non de réservoir : <b>FACTORY</b>	
Prénom : <b>MAGAU (F)</b>	
Né le : <b>18/02/1972</b>	
N° de dossier : <b>702332437</b>	
<b>A +</b> RH+ E- C- K- RH1, 2,-3,-4, 5KEL-1	
<b>Détermination 1 : 16/05/2014</b> N° de la demande : 400536067	
<b>A +</b> D+ C- E- e+ K- RH1, 2,-3,-4, 5KEL-1	
<b>Détermination 2 : 04/06/2015</b> N° de la demande : 400536067	
Autres phénotypes :	
Membres biologiques spéciales :	

		<b>Laboratoire de Biologie Médicale de l'FSH Avergne Rhône-Alpes</b> 10, rue de la République - 63000 CLERMONT-FERRAND Accès rapide : <a href="http://www.efs.fr">www.efs.fr</a> - <a href="http://www.efs.fr/acces_rapide">www.efs.fr/acces_rapide</a> Accès rapide : <a href="http://www.efs.fr">www.efs.fr</a> - <a href="http://www.efs.fr/acces_rapide">www.efs.fr/acces_rapide</a>	
<b>Biologie respiratoire</b> - Dr DELPHINE DELAUNAY Service d'Urgence : 04 73 26 05 40 - 39 avenue Désiré-Genin - 63071 BRON CEDEX Biologie respiratoire : Dr DELPHINE DELAUNAY Biologie respiratoire : Dr DELPHINE DELAUNAY			
<b>Numéro identifiant EFS</b> : 401173234237			
<b>Date de naissance</b> : ESPOR <b>Numéros d'usage</b> : FAUTVINE <b>Prénom</b> : Muriel F		<b>Prénom</b> : Muriel F	
<b>Date de naissance</b> : 03/02/1992		<b>Prénom</b> : Muriel F	
<b>Identifiant patient EFS</b> : 10340709			
<b>Numéro d'admission</b> : 695115016			
<b>Demande</b> : 4011730001			
<b>Prescrit par</b> : Pneumologie A		<b>Prénom</b> : Muriel F	
<b>COMPTÉ RENDEZ DES RÉSULTATS D'EXAMEN D'ANAMNÈSE HÉMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE</b>			
Fréquemment posé : <a href="http://www.efs.fr/6312128318745">www.efs.fr/6312128318745</a>			
<b>Phénotype erythrocytaire ABO RHD (H)</b> <small>échantillon : <a href="http://www.efs.fr/6312128318745">www.efs.fr/6312128318745</a> (échantillon n°4011730001)</small>		<b>échantillon n°4011730001 (échantillon n°4011730001)</b> <small>échantillon : <a href="http://www.efs.fr/6312128318745">www.efs.fr/6312128318745</a> (échantillon n°4011730001)</small>	
A B R H A D positi		A B C L A D positi	
<b>Phénotype erythrocytaire RH HEL</b> <small>échantillon : <a href="http://www.efs.fr/6312128318745">www.efs.fr/6312128318745</a> (échantillon n°4011730001)</small>		A B C D E HEL <small>échantillon : <a href="http://www.efs.fr/6312128318745">www.efs.fr/6312128318745</a> (échantillon n°4011730001)</small>	
C- E- A- S- K- E- L- C+ E+ K+ S+ K+ L+		B- C- D- K- HEL- L- B+ C+ D+ K+ HEL+ L+	
<b>Dépistage d'anticorps anti-érythrocytaires</b> <small>échantillon : <a href="http://www.efs.fr/6312128318745">www.efs.fr/6312128318745</a> (échantillon n°4011730001)</small>			
Test indirect à l'arginine (TIA) <small>échantillon : <a href="http://www.efs.fr/6312128318745">www.efs.fr/6312128318745</a> (échantillon n°4011730001)</small>		hépat	
Absence d'anticorps et d'hémolyse déclenchée sur cette échantille		<small>antécédents</small> Autre	
Compte rendu définitif, résultats validés et interprétés par Dr Muriel GOUDI			
Suite à l'envoi du 21 mai 2018, au terme du groupe sanguin A à été supprimé. Celui-ci est remplacé par les comptes rendus de de groupe sanguin. Pour rappel, cette déclinaison de groupe sanguin sera nécessaire pour transfuse			

## Documents immuno- hématoologiques :

- Carte de groupe sanguin
  - Résultat RAI

# Prescription médicale : Rose et jaune

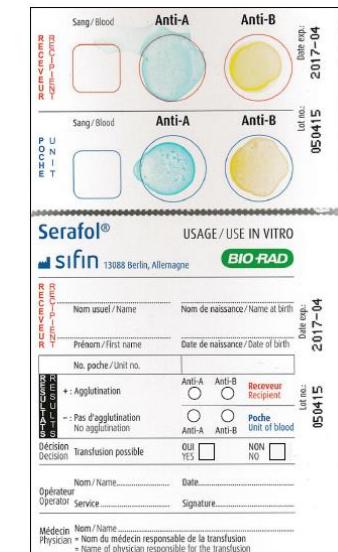
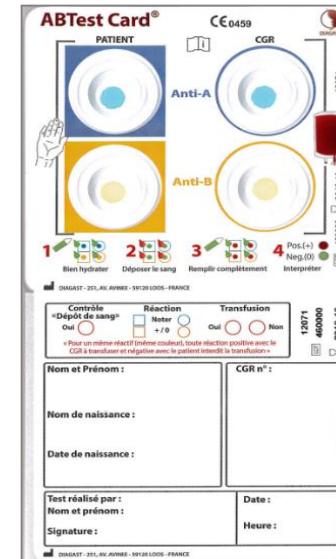
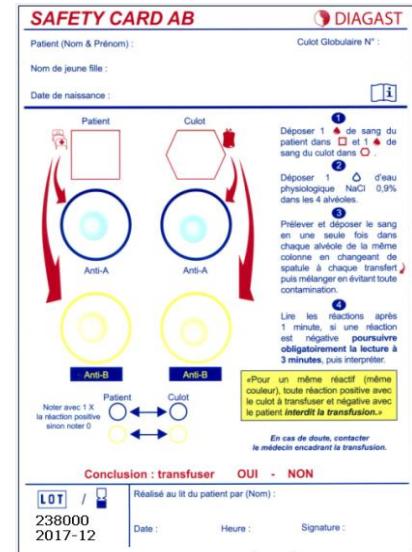
## Fiche de Délivrance : Rose et jaune

# CONTROLE ULTIME DE COMPATIBILITE ABO



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

Dernier maillon de sécurité de la chaîne transfusionnelle



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**

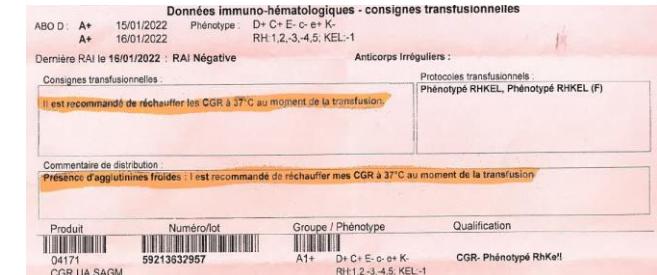


# POSE de la TRANSFUSION

- 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* »



- 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 clinique

Surveillance 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)	Traçabilité PSL		Identité Patient et/ou Commentaires (3)
	Oui	Non		Transfusion réalisée par Nom - Qualité	Transfusion date et heure	
04171 5924251831 – A+	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	BUA [REDACTED]	16/01/25 IDE	
0417159242607697	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	COR [REDACTED]	14/01/25 IDE 16:50	RAB
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oui			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Non			

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 DESTINÉ 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 de traçabilité

- 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**  
 Délivré le 07/08/2024 12:22 EFS Auvergne-Rhône Alpes Site du Groupe Hospitalier EST  
 Délivré par T6MQ 28, avenue du Doyen Lépine  
 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 [REDACTED]  
 Ordonnance :

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

**Données immuno-hématologiques - Consignes transfusionnelles**

ABO D : O+ 25/07/2024 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 Irreguliers :

Protocoles transfusionnels : Phénotypé RHKE (F)  
 Consignes transfusionnelles :

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

**Produit** **Numéro / lot** **Groupe / Phénotype** **Qualification**

3 04171 59241721252 O+ D+ C- E+ c+ e- K-  
 CGR UA SAGM RH:1,-2,3,4,-5; KEL:1  
 Périme le : 17/08/2024 11:00  
 Volume : 317 ml

9 04171 59241958743 O+ D+ C- E+ c+ e- K-  
 CGR UA SAGM RH:1,-2,3,4,-5; KEL:1  
 Périme le : 13/08/2024 17:04  
 Volume : 264 ml

1 04171 59243733708 O+ D+ C- E+ c+ e- K-  
 CGR UA SAGM RH:1,-2,3,4,-5; KEL:1  
 Périme le : 05/09/2024 18:49  
 Volume : 281 ml

**Contrôle à réception**  
 Contrôle à réception conforme : Oui  Non   
 Réception : Par : MA [REDACTED] IDE

Nombre total de produits reçus : 3 Date : 07/08/2024 Heure : 12h45

**Tracabilité PSL**

Produit	Contrôle concordance (1)	Test de compatibilité ABO (2)	Transfusion réalisée par Nom - Qualité	Transfusion date et heure	Identité Patient et/ou Commentaires (3)
04171 0+	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> cl [REDACTED] P 07/08/24 13:20	07/08/24 13:20	T: 36.8 - TA: 37.5/4 - P: 96 - SAT: 98% 36.3°C / 104.5°F / 83 kpm / SAT: 96% 36.6°C / 102.5°F / 81 kpm / SAT: 96%	
59243733708	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
04171 0+	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> cl [REDACTED] P 07/08/24 14:40	07/08/24 14:40	36.8°C / 100.5°F / 83 kpm / SAT: 98% 36.8°C / 100.5°F / 83 kpm / SAT: 97%	
59241958743	Non <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
04171 0+	Oui <input checked="" type="checkbox"/>	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Gi [REDACTED] P 07/08/24 15:40	07/08/24 15:40	36.8°C / 100.5°F / 83 kpm / SAT: 97%	
59241721252					

Le malade est obligatoire avant la transfusion de ces 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'EFS.

(3) Produit délivré par l'EFS. Date et cause de destruction  
 Produit retourné à l'EFS. Date et motif de retour  
 Compléter la partie tracabilité en zone "Commentaires"

**FEUILLET DESTINÉ À L'HEMOVIGILANCE**

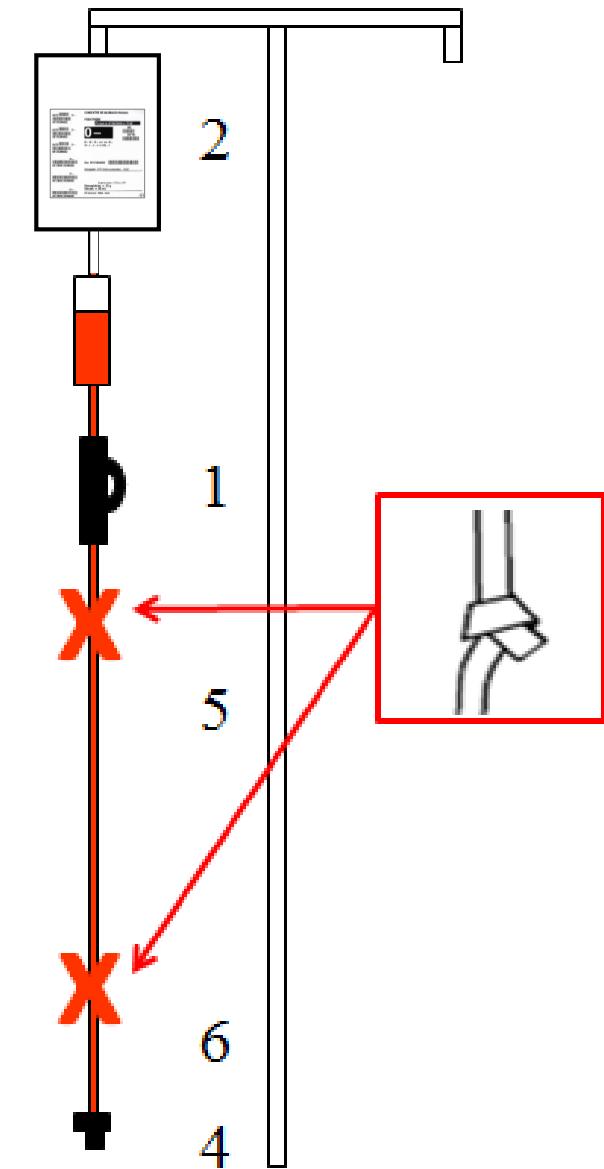
# Comment conserver un PSL en fin de transfusion -

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

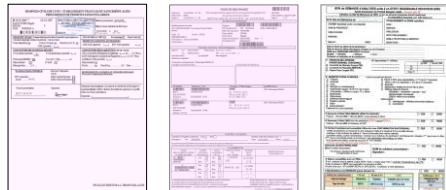
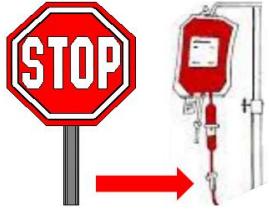
## EFFET INDÉSIRABLE RECEVEUR : EIR

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

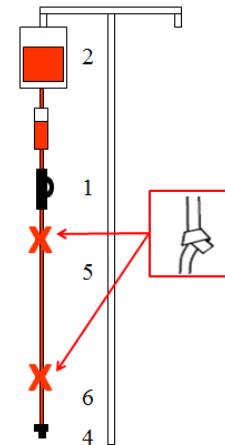
- Frissons
- Hypo/hyperthermie
- Hypo/hypertension
  
- Douleurs lombaires / thoraciques
- Agitation
  
- Rougeur, urticaire, rush cutané, prurit
- Nausées, vomissements, diarrhées
- Signes d'OAP
- Sensation de malaise
- Oligurie, urines colorées

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

Le BIR (Bon de demande d'analyse suite à un effet indésirable receveur) est un document administratif. Il contient des informations telles que le nom et la date de naissance du patient, les coordonnées de l'hôpital, les types de produits transfusés, les dates et heures de transfusion, et des détails sur l'effet indésirable observé. Des cases à cocher sont prévues pour indiquer la présence d'antécédents médicaux et les résultats des tests de compatibilité ABO.



- 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="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/>	09/09/86 15:40	Hypothermie sur la fin de transfusion non résorbée par le patient Hypothermie à 38,1°C. 8 em 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"/>		— / —	
	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. »*

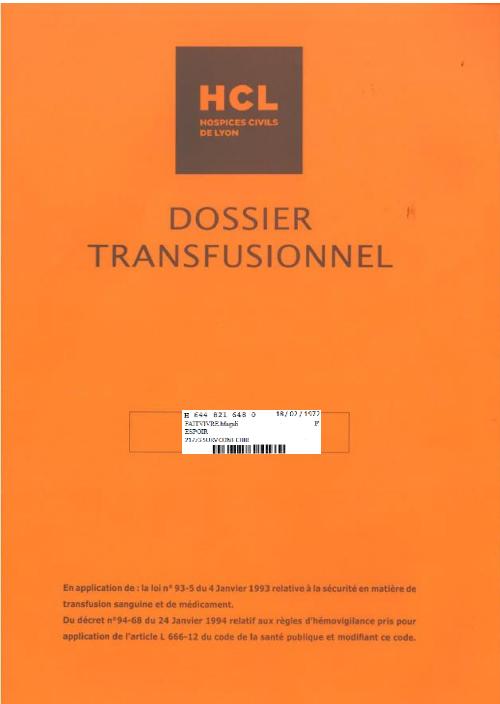
# ARCHIVAGE DOSSIER TRANSFUSIONNEL

## Papier OU Informatisé

# Carte/document de groupe sanguin et RAI

## PAPIER

LBM FPIs Auvergne-Rhône-Alpes - Site : Lyon Croix-Rousse	
Site Hôpital Croix Rousse, 63, Rue de la Croix-Rousse 69604 LYON - Tél : 04.72.07.18.95	
Nom de naissance : <b>ESPIOR</b> Nom d'usage : <b>FAITMIRE</b> Prénom : <b>MAGALI (F)</b> Né(e) le : <b>18/08/1992</b>	
 N° de dossier : <b>703324327</b>	
<b>A +</b> D+ C+ E- c+ K- RH: 1+, 2-, 3-, 4-, 5KEL-1      Détermination 1 : 28/12/2017 <b>A +</b> D+ C+ E- c+ K- RH: 1+, 2-, 3-, 4-, 5KEL-1      Détermination 2 : 08/05/2018 N° de la demande : 400536067      N° de la demande : 400536067	
Signature du biologiste : 	
<b>Autres phénotypes :</b>  Mentions biologiques spéciales :	



MDS

Feuillet jaune : dossier transfusionnel  
Feuillet rose : pharmacie

## Feuilles jaunes (Section et Fiche de Délivrance)

**HOUSSES CIVILS DE LYON - ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG AUVERGNE RHÔNE-ALPES**

**PRÉSCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABELISÉS**

**100 ml UG 100 %**

**FAVITIVINE Magli F**

**EMSPOL**

**24001 HC/PNU300**

**IDENTIFICATION DU SERVICE**  
CENTRE D'ÉTABLISSEMENT  
L'AGENCE DE LYON

**DATE DE PRÉSCRIPTION : 10 / 02 / 2025**

**DATE ET HEURE DE DÉLIVRANCE : 10 / 02 / 2025 - 10 h**

**MAIS EN AVANT A 100% :  Non  Oui  Non mais**

**PRODUITS SANGUINS AUTOLOGUE :  CAF TAP (quantié)  TPF TAP (quantié)**

**CONCENTRÉS DE PLATELETTES (voir au verso) :**

CAF (Concentré de Platelettes d'origine)  de **1000** Plat  
MPF (Concentré de Platelettes d'origine)  de **1000** Plat  
Héparinisé (CAF ou MPF)   
**Dépistage :**  Non  Oui  Non

**Plaquettes :  40 g  400 g  4000 g**

**Dose par CAF :  5 à 70 ml  100 ml  200 ml**

**Héparinisé :  7,5 g  15 g  30 g**

**Dose par MPF :  10 ml  20 ml  40 ml**

**PLASMA ET FRACTION :  CTFD  CTFD global FVIII  CTFD global FVIII et FV**

**PPC (quantité) :  Déficit global FVIII  Déficit global FVIII et FV**

**Dose par PPC :  Autres**

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DEMANDES SPÉCIALES**

**Prise en charge :  Prise en charge  Non prise en charge**

**Demande de prolongation :  10 jours de la validité de la RAJ négative**

**La personne chargée de l'assurance de l'absence de transmission, présente ce préfet dans les 5 jours prochains.**

**Signature : **

FEUILLET DESTINÉ AU DOSSIER MEDICAL / TRANSFUSIONNEL

# DOSSIER TRANSFUSIONNEL

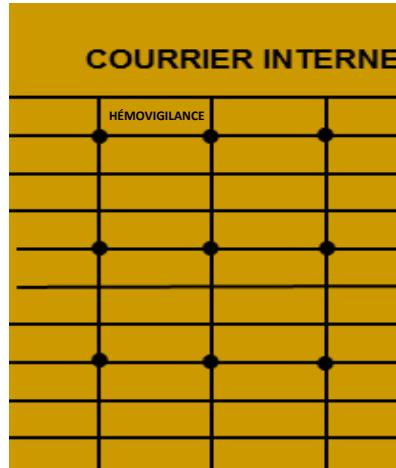
# HÉMOVIGILANCE

## EFs sous 8 heures si incident

sous 48h si RAS

# HEMOVIGILANCE

## E.S.



## Archives

A conserver pendant  
30 ans



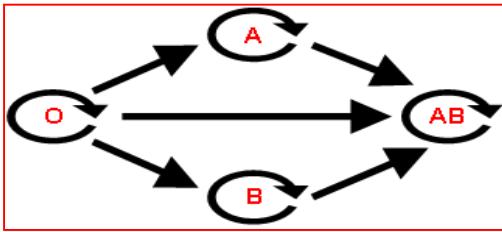
## he de Délivrance

## FEUILLET DESTINÉ À L'HEMOVIGILANCE

# Hémovigilance ≠ EFS

**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**

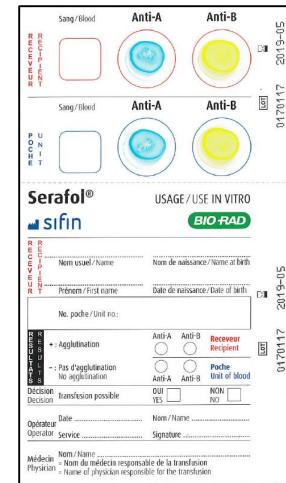
Exemple : CGR de groupe A transfusé à un patient de groupe B

# Contrôle ultime de compatibilité ABO = Test de compatibilité ABO

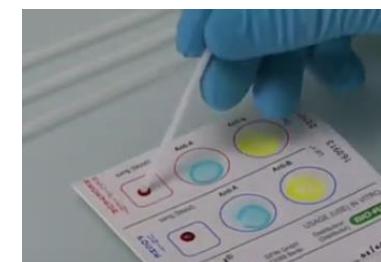
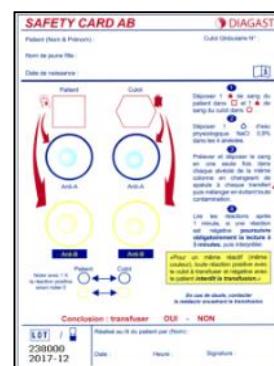
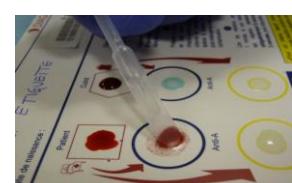
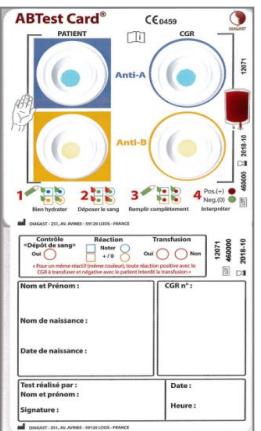
**OBLIGATOIRE** avant la transfusion de tout  
CGR homologue ou autologue

« *Le dispositif de contrôle ultime doit comporter sur les parties prévues à cet effet :*

- l'identité du patient ;*
- l'identité du professionnel de santé qui réalise ce contrôle ;*
- le numéro d'identification (code à barres) du CGR*
- les résultats de la compatibilité immunologique entre le patient et le CGR ainsi que l'interprétation des résultats vis à vis de la décision transfusionnelle. »*

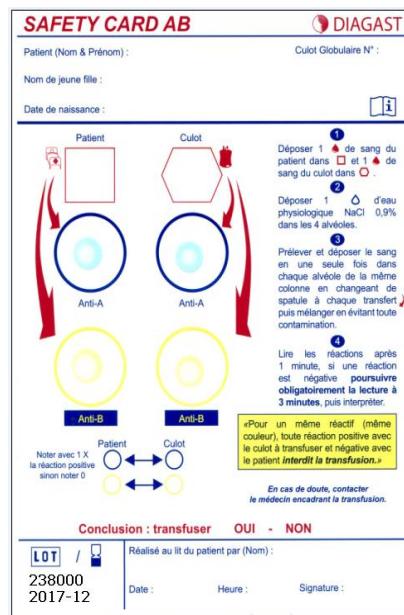
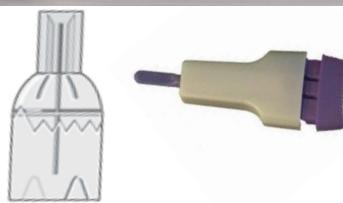


Dernier maillon de sécurité de la chaîne transfusionnelle



# Les cartes de Contrôle Ultime Pré Transfusionnel DIAGAST

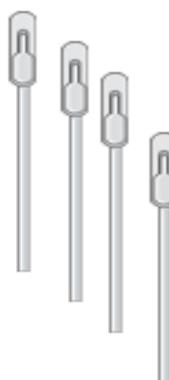
## SAFETY CARD



## AB TEST CARD



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



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



# Carte de Contrôle Ultime Pré Transfusionnel BIO-RAD



# SERAFL



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

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

# Cartes de Contrôle Ultime Pré Transfusionnel : 2 techniques

Utilisation de **sérum physiologique** pour :

- Carte SERAFOL
- Carte SAFETY

REACTION : AGGLUTINATION



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

Nom usuel / Name \_\_\_\_\_ Nom de naissance / Name at birth \_\_\_\_\_ Date exp. / Date exp. \_\_\_\_\_ 2017-04

Prénom / First name \_\_\_\_\_ Date de naissance / Date of birth \_\_\_\_\_

No. poche / Unit no. \_\_\_\_\_ Date exp. / Date exp. \_\_\_\_\_ 2017-04

• : 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       NON

Opérateur / Operator      Nom / Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Service \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

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

**SAFETY CARD AB** **DIAGAST**

Patient (Nom & Prénom) : \_\_\_\_\_ Culot Globulaire N° : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

**SAFETY CARD AB** **DIAGAST**

Patient \_\_\_\_\_ Culot \_\_\_\_\_

1. Déposer 1 goutte de sang du patient dans la poche et 1 goutte de sang du culot dans l'anneau.

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

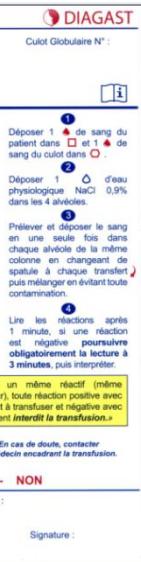
3. Prélever et déposer le sang en une goutte à la fois, dans chaque alvéole de la même colonne en changeant de spatule à chaque transfert, puis mélanger en évitant toute contamination.

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

1. Bien hydrater      2. Déposer le sang      3. Remplir complètement      4. Interpréter

Conclusion : transfuser      OUI - NON

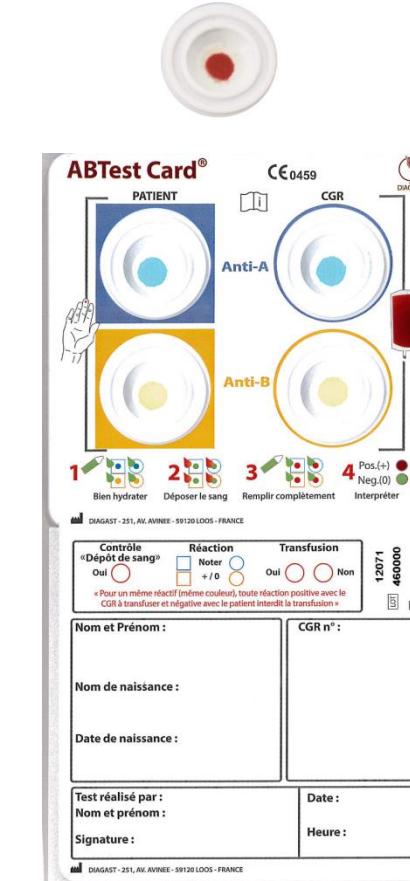
LOT / Date : 238000 / 2017-12      Réalisé au lit du patient par (Nom) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_



Utilisation de **solution verte WS** pour :

- A B Test CARD

REACTION : POINT ROUGE / VERT



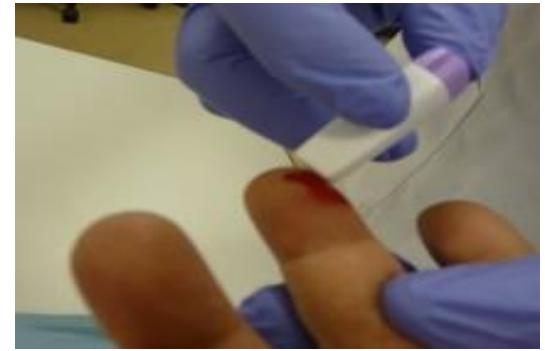
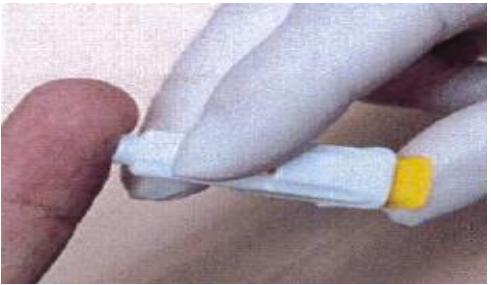
# Uniquement pour l'AB TEST CARD

## Hydrater :

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

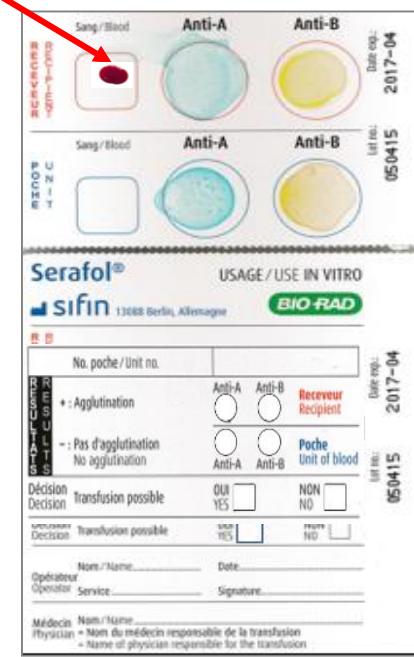


# Déposer le sang du patient



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

## SAFETY CARD AB et SERAFOL



Risque de contamination entre les cercles

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

## AB TEST CARD

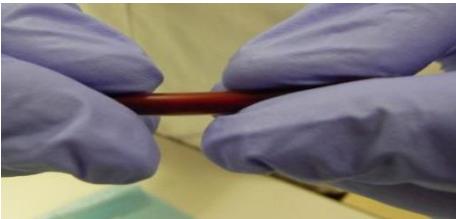


Pas de contamination possible entre les cercles



## Déposer une goutte de sang du CGR avec le perce tube

Homogénéiser  
le segment de  
tubulure

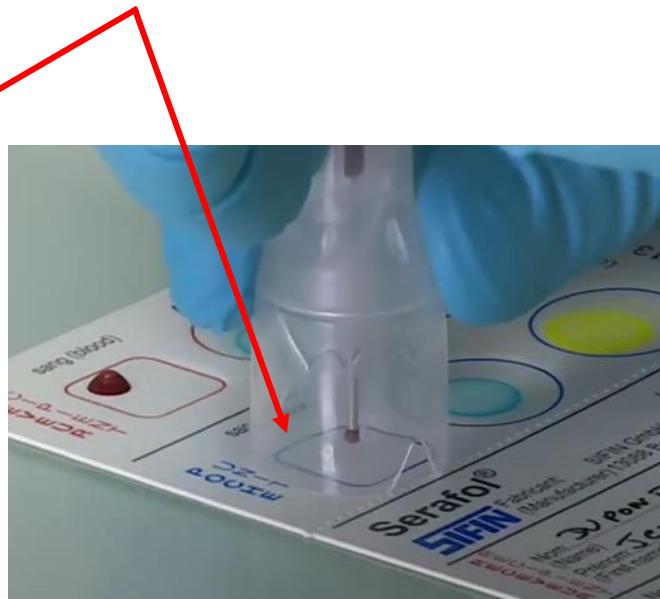
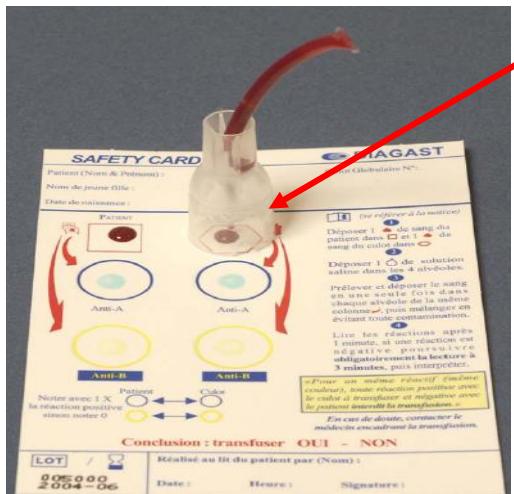


Puis percer la tubulure



**SAFETY CARD AB  
et SERAFOL**

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



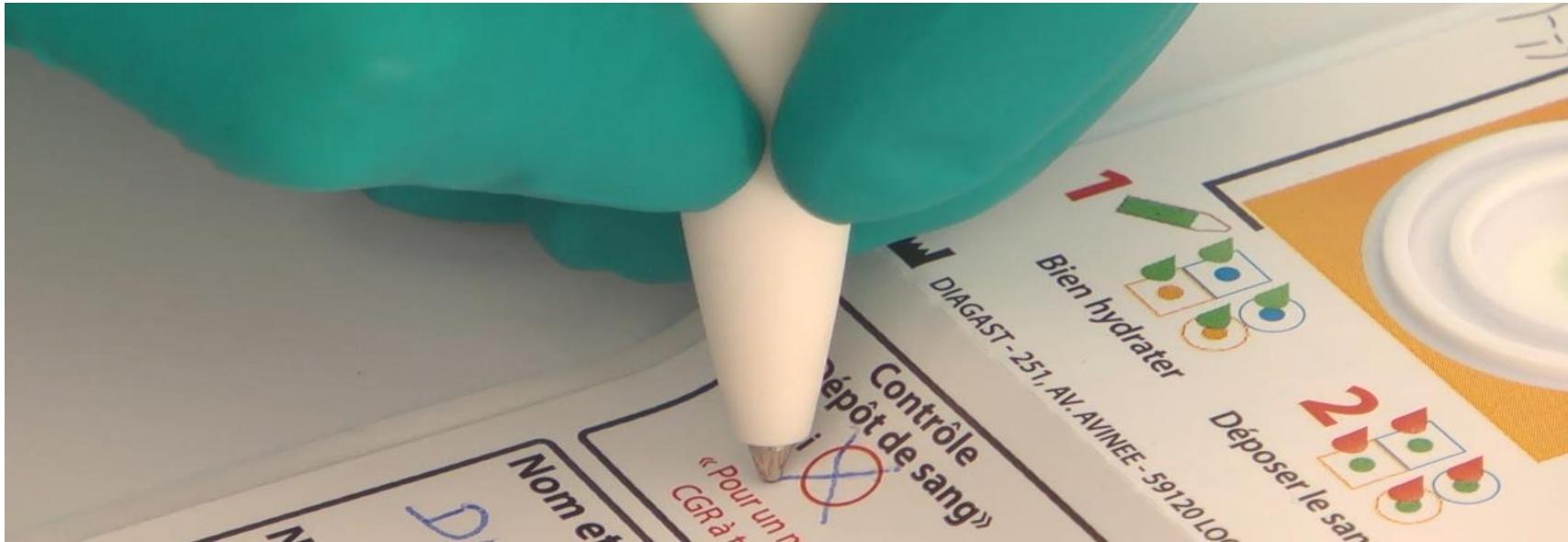
**AB TEST CARD**

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 »

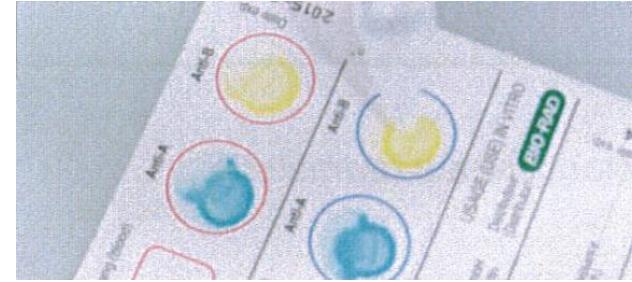
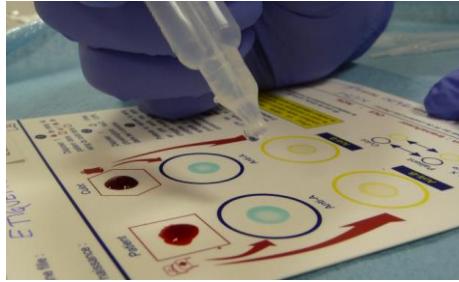


# Uniquement pour les cartes SAFETY et SERAFOL

Réhydratez les réactifs avec **UNE goutte serum physiologique**

## NE JAMAIS UTILISER :

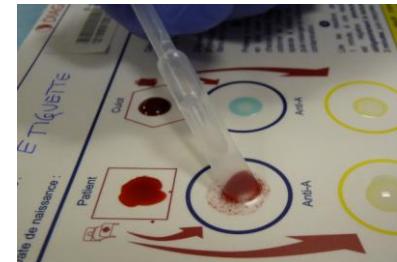
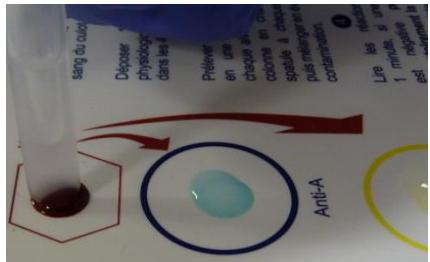
- EAU POUR PREPARATION INJECTABLE
- EAU STERILE



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

**Attention !**

**Les contaminations entre cercles de réactifs peuvent provoquer des réactions difficilement interprétables**



Attention : prendre peu de Globules Rouges

Pointer à la verticale dans la goutte

Une spatule par cercle de réactif

**Ne jamais revenir sur la zone dépôt de goutte**

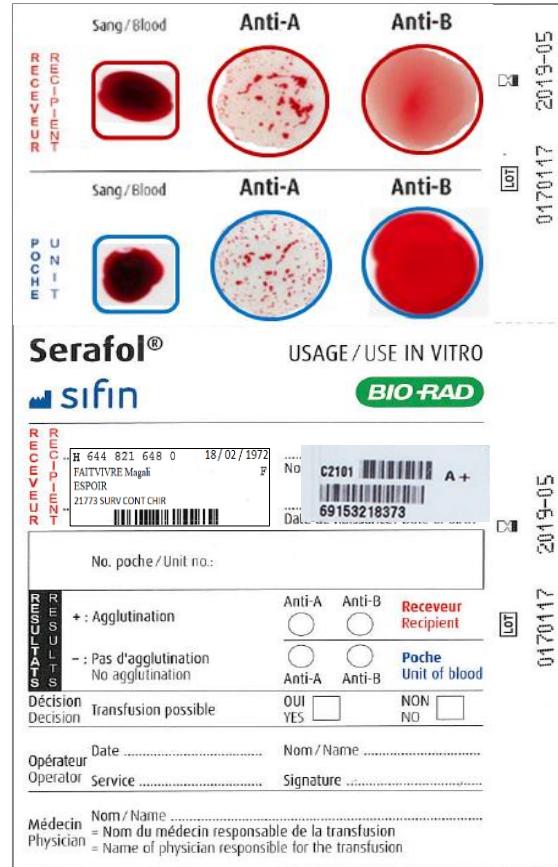
Etirer jusqu'à la limite du cercle

# Technique

## SAFETY CARD AB et SERAFOL



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

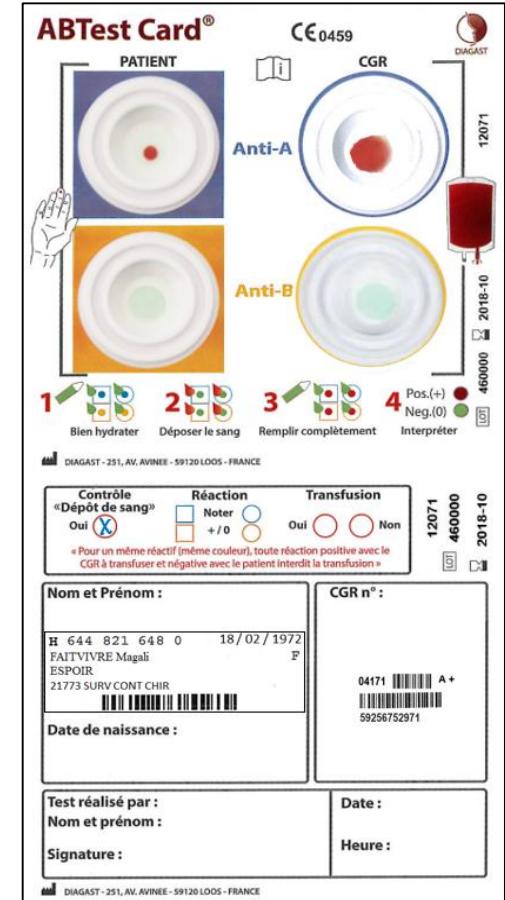


Lecture à 1 minute  
Lecture définitive après 3 minutes

## AB TEST CARD



Remplir entièrement  
chaque puits avec la  
solution verte WS



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**

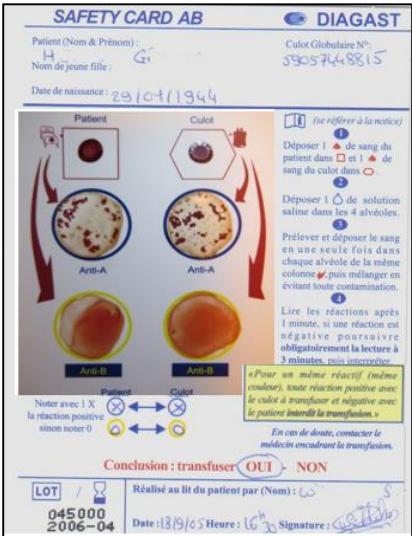
**O** = absence d'agglutination ou  
couleur verte ou translucide  
= absence d'antigène  
= réaction négative



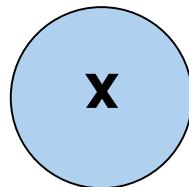
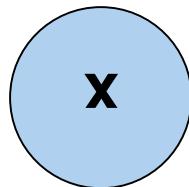
**X** = présence d'agglutination ou  
point rouge  
= présence d'antigène  
= réaction positive



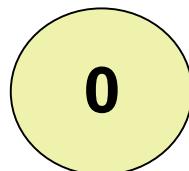
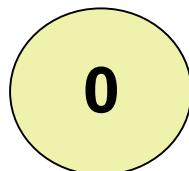
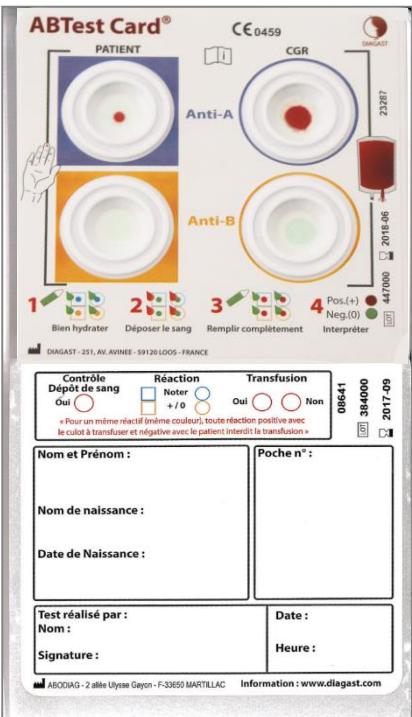
# Lecture



## SAFETY CARD AB et AB TEST CARD



Agglutinations présentes / point rouge



Agglutinations absentes / point vert

Sens de lecture horizontal

# Lecture

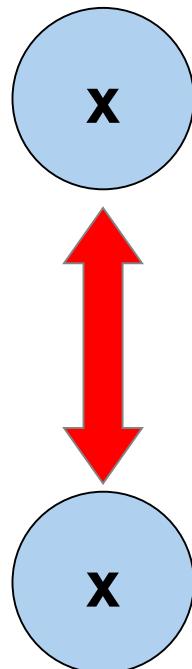
Sang/Blood		Anti-A	Anti-B
RECEVEUR RECIPIENT			
			

**Serafol®** **USAGE / USE IN VITRO**

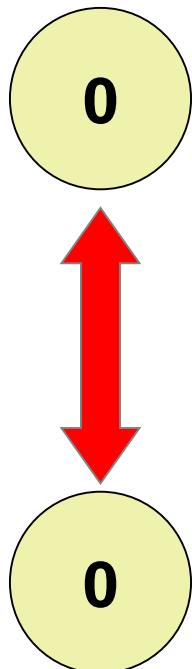
**sifin** 13088 Berlin, Allemagne **BIO-RAD**

RECEVEUR RECIPIENT	Nom usuel / Name	Nom de naissance / Name at birth	Date exp: 2017-04		
	Prénom / first name	Date de naissance / Date of birth			
RÉSULTATS RESULTS	No. poche / Unit no.				
	+ : Agglutination	Anti-A	Anti-B		
RÉSULTATS RESULTS	- : Pas d'agglutination No agglutination	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lot no: 050415	
	Anti-A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Poche Unit of blood
Décision Decision	Transfusion possible	OUI YES	<input type="checkbox"/>	NON NO	<input type="checkbox"/>
Opérateur Operator	Nom / Name	Date			
Service	Signature				
Médecin Physician	Nom / Name				
	= Nom du médecin responsable de la transfusion				
	= Name of physician responsible for the transfusion				

SERAFO



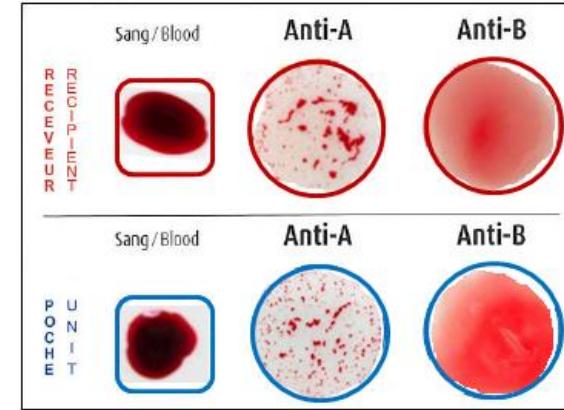
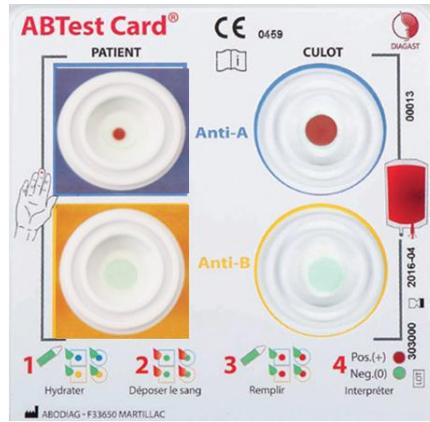
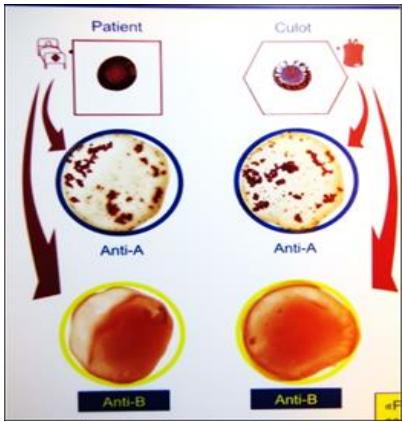
Agglutinations  
présentes



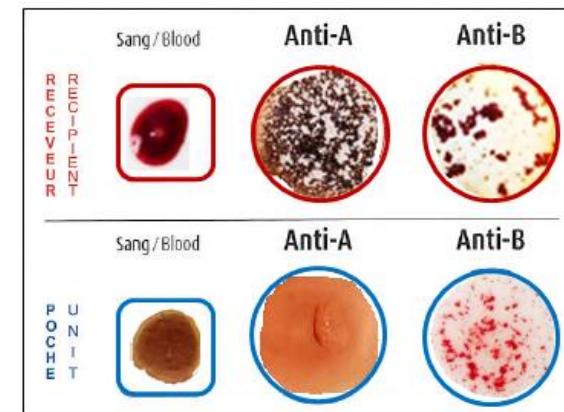
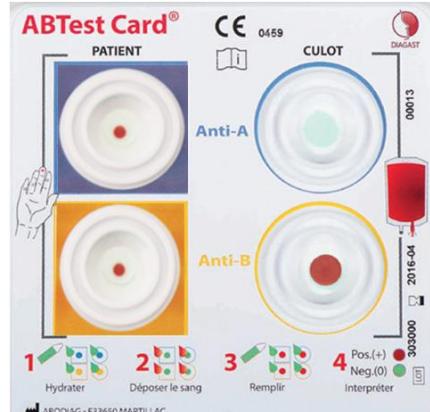
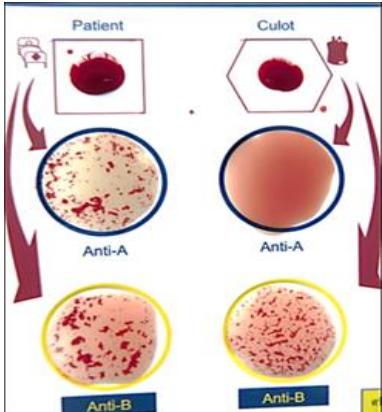
Agglutinations  
absentes

Sens de lecture vertical

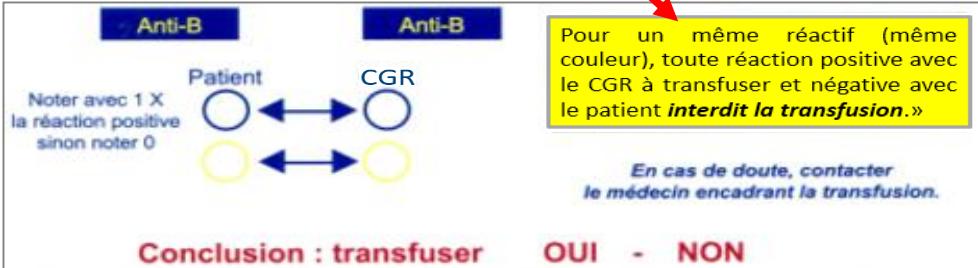
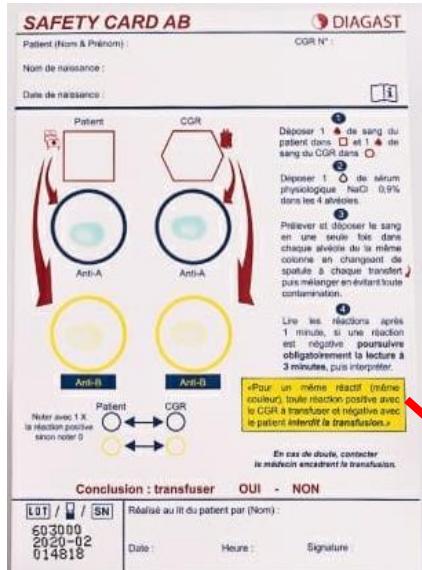
## Interpréter les réactions : ISOGROUPE



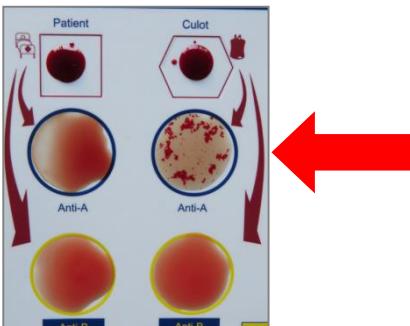
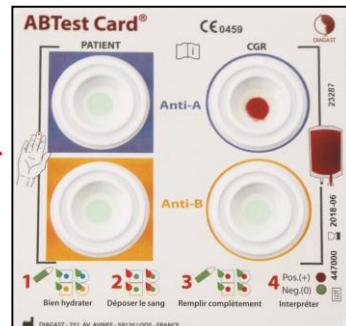
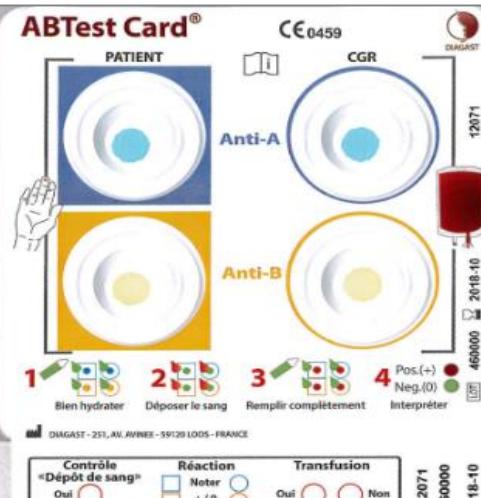
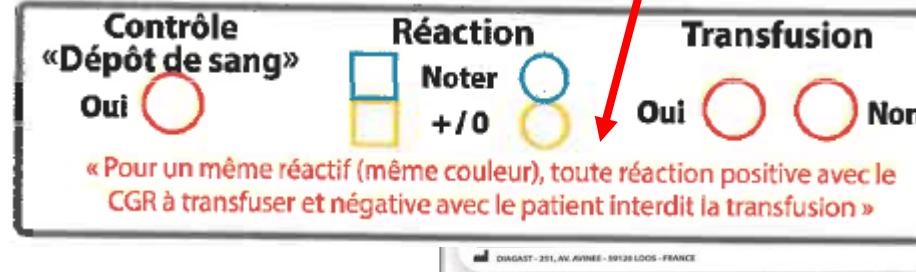
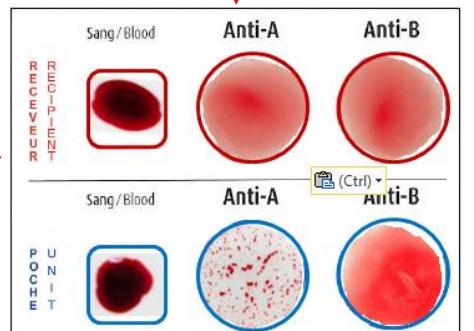
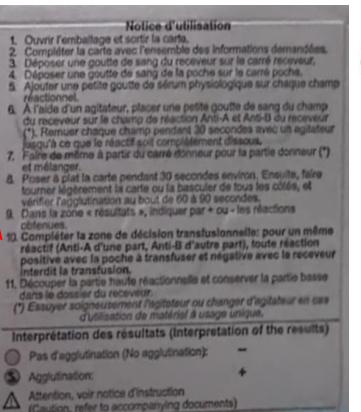
## Interpréter les réactions : NON ISOGROUPE COMPATIBLE



# INCOMPATIBILITE = ACCIDENT ABO



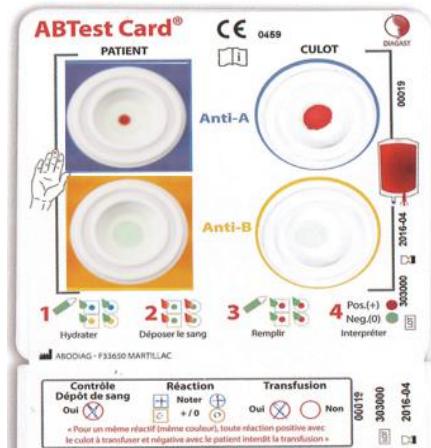
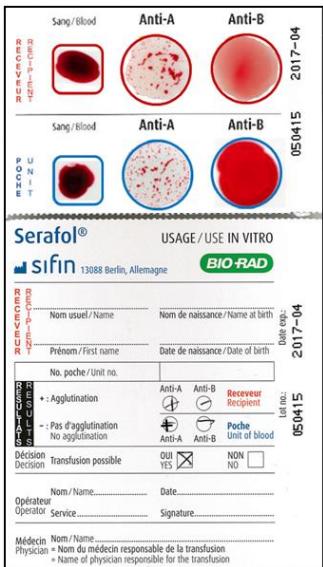
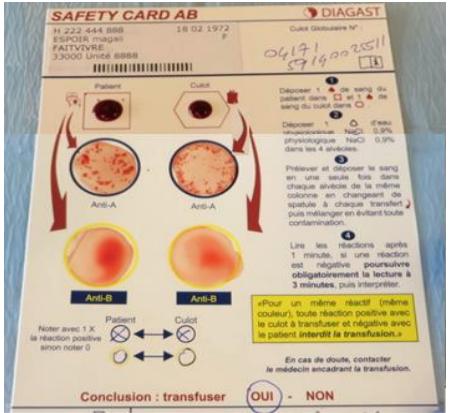
« Pour un même réactif (même couleur), toute réaction positive avec le CGR à transfuser et négative avec le patient interdit la transfusion »



Je ne transfuse PAS

Je ne transfuse PAS

## Interpréter et noter la décision



Laisser sécher la carte à température ambiante avant d'appliquer le film plastifié

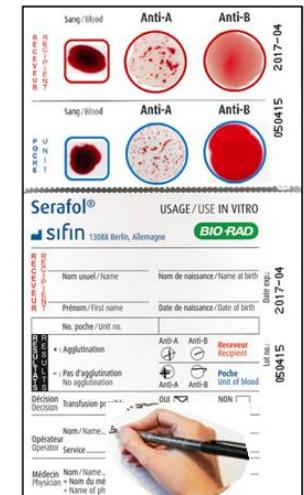
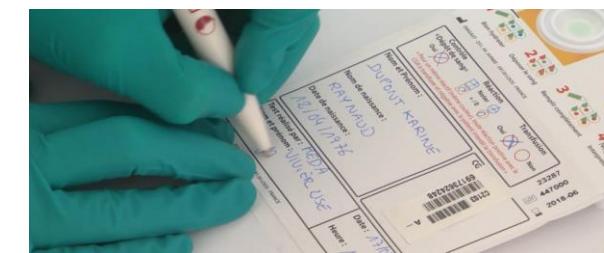
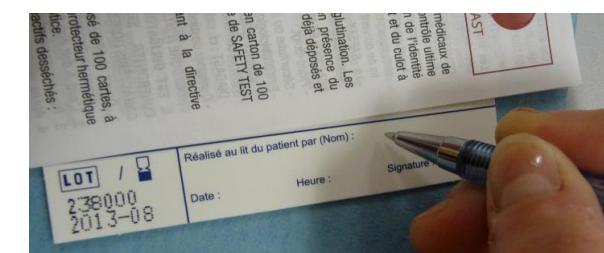


La partie « traçabilité » peut être détachée et archivée au dossier transfusionnel du patient



## Compléter la carte

Noter la date et l'heure du test de compatibilité  
**Identification de l'IDE**  
 qui effectue le contrôle :  
 Nom et signature



# Ce qu'il faut retenir

## DEPOSE du SANG :

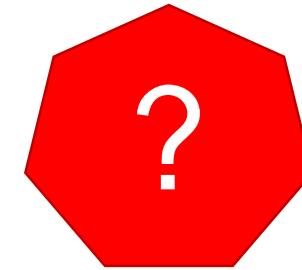
- ❖ Dans TOUS les cas , quelque soit le dispositif du test de compatibilité :
- ❖ On met toujours le sang du patient dans un réactif bleu et jaune sur une même ligne
- ❖ On met toujours le sang du CGR dans un réactif bleu et jaune sur une même ligne

## INTERPRETATION :

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



## Conduite à Tenir en cas de difficulté d'interprétation



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

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

# CONCLUSION

- **Effectuez systématiquement selon les bonnes pratiques :**

- Les prélèvements pour le groupe sanguin
- Le contrôle ultime pré-transfusionnel :
  - le contrôle ultime de concordance
  - le test de compatibilité ABO



- **En cas de doute :**

- ne jamais transfuser
- arrêter la transfusion et demander un avis médical + EFS

- **Il faut être convaincu que :**

- une erreur peut se produire en amont au cours de la chaîne transfusionnelle
- la carte du test de compatibilité recherche une incompatibilité pour éviter un accident ABO



Compétence professionnelle  
+ vigilance  
= Sécurité patient

# AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ?



*Merci de votre attention*