

FICHE DE SURVEILLANCE TRANSFUSIONNELLE

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

ETIQUETTE
PATIENT

Réception P.S.L. (date et heure) :

Unité de soins : UF :

à h.

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

VERIFIER dès réception de la commande

La commande :

CONFORME

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

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

CONTROLLER au lit du patient

Contrôle d'identité pour tout type de PSL

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

P S L

| 1 | 2 | 3 |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

| | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dans ce dernier cas, appel du Médecin .

Nom du Médecin appelé :

Heure d' appel :

Décisions prises :

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

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

FICHE DE SURVEILLANCE TRANSFUSIONNELLE

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

ETIQUETTE
PATIENT

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

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

| Type de P.S.L. ① | Heure | Pouls | T.A. | T° | autres (facultatif) | Observations |
|-------------------------|-------|-------|------|----|---------------------|--------------|
| Début de la transfusion | H | | | | | |
| à 15 mn | H | | | | | |
| à m n | H | | | | | |
| Fin de la transfusion | H | | | | | |
| Type de P.S.L. ② | Heure | Pouls | T.A. | T° | autres (facultatif) | Observations |
| Début de la transfusion | H | | | | | |
| à 15 mn | H | | | | | |
| à m n | H | | | | | |
| Fin de la transfusion | H | | | | | |
| Type de P.S.L. ③ | Heure | Pouls | T.A. | T° | autres (facultatif) | Observations |
| Début de la transfusion | H | | | | | |
| à 15 mn | H | | | | | |
| à m n | H | | | | | |
| Fin de la transfusion | H | | | | | |

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

- P.S.L. NON TRANSFUSES
pourquoi ?
.....
.....

| P S L | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

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

| P S L | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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