Administration des Produits Sanguins Labiles en Hématologie pédiatrique

HIVERT Marion et TURQUET Éric
Service Onco-Hématologie pédiatrique
CHU de Rennes

Législation

- INSTRUCTION N° DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 relative à la réalisation de l’acte transfusionnel.
- Arrêté du 31 juillet 2009 relatif à la profession d'infirmier
- Article L. 1221-13 du code de la Santé publique issu de l'article 116 de la santé publique : l'hémovigilance

Commande de PSL (Produits Sanguins Labiles)

Les conditions de transfusion

- Transfusion de CPA **< 20000 plaquettes/mm3** ou si saignements actifs(tumeur cérébrale < 50000/mm3, aplasie médullaire <10000/mm3).

- Transfusion de CGR si **Hb< 7gr/dl** (8gr/dl pour les plus jeunes) ou fatigue majeure, tachycardie, pâleur

- Transfusion de PFC quand troubles de la coagulation (rare)

La commande se fait sur une ordonnance spécifique

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES
HOPITAL SUD

ORDONNANCE DE PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES (PSL) – V2020

Toute demande doit passer par l'Antenne EFS sud de 8H30 à 17H00 du lundi au vendredi
Téléphone = 63 933 ou 63 934 / Télécopie = 16 540

RECEVEUR

Nom d'usage :..... Prénom :.....
Nom de naissance : ..... Sexe : M - F
Date de Naissance : ..... /..... /....
ÉTIQUETTE RECEVEUR

Service demandeur : .....
ÉTIQUETTE SERVICE

Antécédents (à compléter impérativement car définissent la limite de validité des RAI) : cocher
❑ Épisodes immunisants datant de moins de 6 mois ou antécédents inconnus ➔ **RAI valide 3 jours maximum.**
❑ Absence d'épisodes immunisants ou datant de plus de 6 mois ➔ **RAI valide 21 jours maximum**

Signature obligatoire du prescripteur :

PRODUITS COMMANDÉS = Voir indications des qualifications au verso

PRODUITS HOMOLOGUES	Concentrés de globules rouges (CGR)	Mélanges de concentrés de plaquettes (MCP) ❑ Concentrés de plaquettes d'aphérèse (CPA) ❑ *(indication : patients porteurs d'anticorps anti-HLA et/ou HPA responsables d'un état réfractaire. Reco HAS 2015).* MCP ou CPA selon disponibilité EFS ❑	Plasma (PFC)
QUANTITE	– –	– –	– –
QUALIFICATION(S) SOUHAITÉE(S) *(cocher)*	Phénotype ❑ Cross-match ❑ Irradiation ❑ Déplasmatisation ❑ Préparation pédiatrique ❑ Réduction de volume ❑	Phénotype HLA/HPA (CPA) ❑ Préparation pédiatrique ❑ Déplasmatisation ❑ Réduction de volume ❑ Pour toute commande de plaquettes : Poids du patient : ..... Kg Taille : ..... cm Numération : ..... Giga.L^{-1} Date :	VHE négatif ❑ *(indications au verso)*

DÉLIVRANCE SOUHAITÉE

URGENCE (cocher)
Quand l'antenne est ouverte :
1. **Téléphoner à l'antenne (63933 ou 63934)**
2. **Faxer prescription et documents au 16 540**

❑ **Urgence vitale immédiate (UVI) = délivrance immédiate.**
Quand l'antenne EFS est fermée : contacter l'IADE de garde (63 053 ou 63 055) qui peut accéder au stock d'urgence de CGR et PFC ABO compatibles.

❑ **Urgence vitale (UV) = délai < 30 minutes.**
Quand l'antenne EFS est fermée :
- **Contacter l'EFS Pontchaillou au 16 602 et le dispatching au 85 858 (organisation transports).**
- **Faxer prescription et documents au 16 601.**

PROGRAMMEE (cocher une des 3 cases)
N° téléphone EFS = 16 600

❑ **Délai pour la transfusion = 2 à 3 heures, en fonction des horaires des navettes.**

❑ **Produits à délivrer :**

	CGR	PFC	CP
1ère sortie : Date..... ... H Quantité			
2ième sortie : Date..... ... H Quantité			
3ième sortie : Date..... ... H Quantité			

❑ **Transfusion nocturne indispensable** oui ❑ non ❑
(La transfusion ne peut pas attendre le lendemain)

❑ **Commande prévisionnelle à conserver 48 heures à l'EFS**

Renseignements cliniques et/ou date d'intervention :

Le :
Nom lisible et signature obligatoires du médecin prescripteur :
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Quand l'antenne est fermée : EFS Pontchaillou : Tél. délivrance = 16 600 / Si URGENCE = 16 602 / Fax = 16 601
En cas d'indisponibilité de ces lignes : Tél = 87 327 ou 06 31 93 88 11 et fax = 02 99 54 83 36 ou 02 99 68 57 36

F:\Prescription\ORGANISATION\Prescription 2020\Prescription_Sud_2020.doc *LAZ 239 18/11/2020*

Elle est remplie par le médecin avec le poids de l'enfant **du jour** (cela permet de déterminer les volumes à transfuser soit **20ml/kg** maxi) le **débit** et la **durée** de perfusion.

- Pour les CPA, le PFC, la demande est faxée à l'EFS ainsi que la carte de groupe de l'enfant

- Pour les CGR, la demande doit-être envoyée à l'EFS avec la carte de groupe de l'enfant ainsi qu'un tube pour les **RAI** (recherche d'agglutinines irrégulières) et son bon.

A la réception du PSL dans l'unité de soins

LE COURSIER REMET LES PSL

* En mains propres à l'IDE, IPDE, sage-femme ou médecin de l'unité, en vérifiant le nom de l'UF.
* En annonçant et vérifiant l'identité du patient avec la personne qui prend le ou les PSL.
* En traçant sur le smartphone les initiales de la personne à qui sont remis les PSL ou en demandant une signature sur le bordereau de transport.

L'IDE, IPDE, SAGE-FEMME OU MÉDECIN, VÉRIFIE

* En présence du coursier, le bon service et le bon patient, l'aspect, l'intégrité et la péremption des PSL.
* Les autres éléments de contrôle de réception du produit pourront être réalisés sans la présence du coursier à condition que le PSL puisse être retourné vers l'EFS dans les 30 minutes après sa réception en cas de non conformités.

- Vérifier le type de PSL, le nombre et la concordance avec la prescription
- Vérifier les données immuno-hématologiques + qualification des produits (irradié, comptabilisé)
- Apporter les produits au plus près du patient et lui faire décliner son identité

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE RENNES
HOPITAL SUD

Facé 9450

ORDONNANCE DE PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES (PSL) – V2020

Toute demande doit passer par l'Antenne EFS sud de 8H30 à 17H00 du lundi au vendredi
Téléphone = 63 933 ou 63 934 / Télécopie = 16 540

Nom d'usage :.....
Nom de naissance : .....
Date de Naissance : ..... /..... /....
Service der
ÉTIQUETTE /ICE

Antécédents (à compléter impérativement car définissent la limite de validité des RAI) : cocher

☒ Épisodes immunisants datant de moins de 6 mois ou antécédents inconnus ➔ **RAI valide 3 jours maximum.**
☐ Absence d'épisodes immunisants ou datant de plus de 6 mois ➔ **RAI valide 21 jours maximum**

Signature obligatoire du prescripteur :

PRODUITS COMMANDÉS = Voir indications des qualifications au verso

PRODUITS HOMOLOGUES	Concentrés de globules rouges (CGR)	Mélanges de concentrés de plaquettes (MCP) ☐ Concentrés de plaquettes d'aphérèse (CPA) ☐ *(indication : patients porteurs d'anticorps anti-HLA et/ou HPA responsables d'un état réfractaire. Reco HAS 2015).* MCP ou CPA selon disponibilité EFS ☒	Plasma (PFC)
QUANTITE	--	1	--
QUALIFICATION(S) SOUHAITÉE(S) *(cocher)*	Phénotype ☐ Cross-match ☐ Irradiation ☐ Déplasmatisation ☐ Préparation pédiatrique ☐ Réduction de volume ☐	Phénotype HLA/HPA (CPA) ☐ Préparation pédiatrique ☐ Déplasmatisation ☐ Réduction de volume ☐ Pour toute commande de plaquettes : Poids du patient : 9,14 Kg Taille : 72 cm Numération : 14 Giga.L-1 Date : 25/10/22	VHE négatif ☐ *(indications au verso)*

DÉLIVRANCE SOUHAITÉE

URGENCE (cocher)
Quand l'antenne est ouverte :
1. **Téléphoner à l'antenne (63933 ou 63934)**
2. **Faxer prescription et documents au 16 540**

☐ **Urgence vitale immédiate (UVI) = délivrance immédiate.**
Quand l'antenne EFS est fermée : contacter **l'IADE de garde (63 053 ou 63 055)** qui peut accéder au stock d'urgence de CGR et PFC ABO compatibles.

☐ **Urgence vitale (UV) = délai < 30 minutes.**
Quand l'antenne EFS est fermée :
- **Contacter l'EFS Pontchaillou** au **16 602** et le **dispatching** au **85 858** (organisation transports).
- **Faxer** prescription et documents au **16 601**.

PROGRAMMEE (cocher une des 3 cases)
N° téléphone EFS = 16 600

☒ **Délai pour la transfusion = 2 à 3 heures, en fonction des horaires des navettes.**

☐ **Produits à délivrer :**

	CGR	PFC	CP
1ière sortie : Date..... ... H Quantité			
2ième sortie : Date..... ... H Quantité			
3ième sortie : Date..... ... H Quantité			

☐ **Commande prévisionnelle à conserver 48 heures à l'EFS**

Renseignements cliniques et/ou date d'intervention :
Thrombopenie chimio induite
LAM 2

Le : 25/10/22
Nom lisible et signature obligatoires du médecin prescripteur :
SUREAU

Quand l'antenne est fermée : EFS Pontchaillou : Tél. délivrance = 16 600 / Si URGENCE = 16 602 / Fax = 16 601
En cas d'indisponibilité de ces lignes : Tél = 87 327 ou 06 31 93 88 11 et fax = 02 99 54 83 36

F:\Prescription\ORGANISATION\Prescription 2020\Prescription_Sud_2020.doc *LAZ 239 26/11/2019*

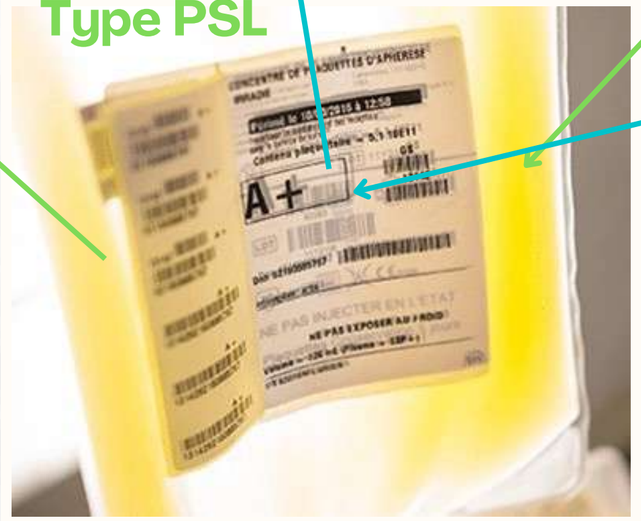
Identité

LBM EFS BRETAGNE - Site : Rennes
Nom de naissance
Prénom :
Né(e) le :
Individu : 4367493890

O -	D- C- E- c+ e+ K+ RH:-1,-2,-3,4,5; KEL:1	Détermination 1 : 12/08/2022 N° du prélèvement : 109147332	Signature du biologiste : Dr Edouard Garrot
O -	D- C- E- c+ e+ K+ RH:-1,-2,-3,4,5; KEL:1	Détermination 2 : 12/08/2022 N° du prélèvement : 109147502	Edition du 12/08/22

Autres phénotypes :
Mentions biologiques spéciales :

Type PSL



FICHE DE DELIVRANCE

1560725

Délivré le : 25/10/2022 11:17
Délivré par : FYS1
Edité le : 25/10/2022 11:18

EFS BRETAGNE Site de Rennes Hopital Sud
Centre Hospitalier Régional 16 bd Bulgarie
35200 RENNES 02 99 28 43 21

Page n° 1 / 1

Fiche de délivrance *Identification patient*

Etablissement de santé : 351001
C. H. de RENNES Rue Henri Le Guillou (RENNES CEDEX 9)
Service : 4126
HC SI. GREFFES THERAPIE PED HS
Prescripteur : SUREAU
N° ordonnance :

N° de patient ES :
ADM : 220921621
Nom de naissance
Nom d'usage :
Prénom(s) :
Date de naissance : **21/09/2021** Sexe : **F**
N° patient EFS : 4367493890

Données immuno-hématologiques - consignes transfusionnelles

ABO D : **O-** 12/08/2022 Phénotype : D- C- E- c+ e+ K+
O- 12/08/2022 RH:-1,-2,-3,4,5; KEL:1

Dernière RAI le **24/10/2022** : **RAI Négative** **Anticorps Irréguliers :**

Consignes transfusionnelles :
Protocoles transfusionnels :
Phénotypé RHKEL (F)

Commentaire de distribution :

Données IH

Produit	Numéro/lot	Groupe / Phénotype	Qualification
13655 CPA UD AMOTO U1	65221487981	O-	D- C- E- c+ e+ K- RH:-1,-2,-3,4,5; KEL:-1 QPA : 2,1

Nombre total de produits délivrés : 1

Réception : Par : Date : 25/10/22 Heure : 11h40
Contrôle à réception conforme : oui ☒ non ☐

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

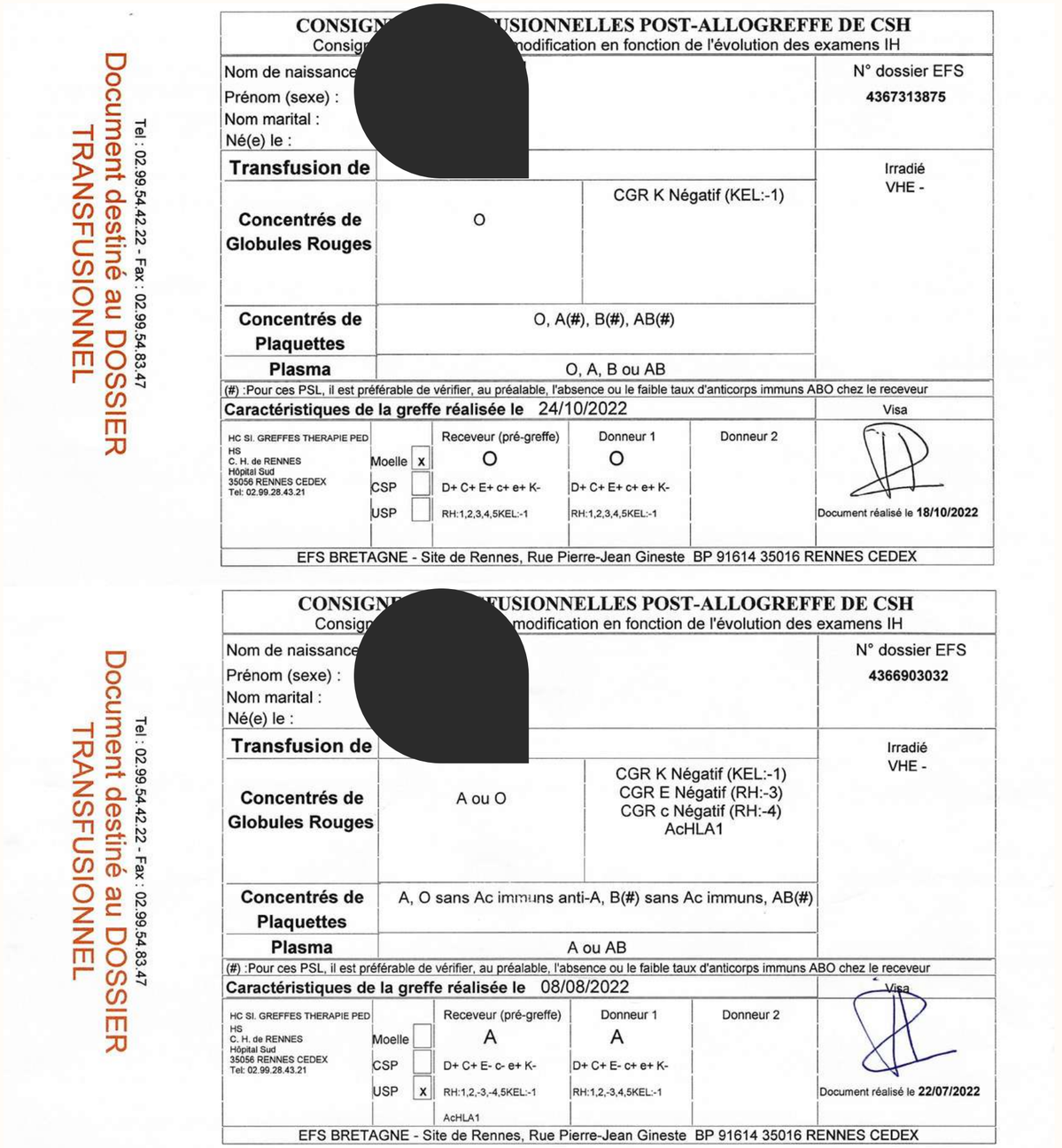
Traçabilité PSL

Le contrôle ultime en présence du malade est obligatoire avant la transfusion :
(1) contrôle ultime de concordance des documents pour tous les produits sanguins labiles
(2) contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les autologues

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)
13655 O- 65221487981	oui ☒ non ☐	oui ☐ non ☒	ORIVEL IDE	25/10/22 12:15	(02142220)
	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐		__/__/__ __:__	
	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐		__/__/__ __:__	

(3) Produit détruit par l'ES : date et cause de destruction **(Compléter la partie traçabilité en zone "commentaires")**
Produit retourné à l'EFS : date et motif de retour **(Compléter la partie traçabilité en zone "commentaires")**
Effet indésirable receveur : le noter et prévenir le correspondant d'hémovigilance de l'ES ou l'EFS

Si l'enfant a été allogreffé, se référer à la conduite à tenir indiquée sur la carte de groupe



Document destiné au DOSSIER TRANSFUSIONNEL

Tel : 02.99.54.42.22 - Fax : 02.99.54.83.47

CONSIGN… TRANSFUSIONNELLES POST-ALLOGREFFE DE CSH

Consig… modification en fonction de l'évolution des examens IH

Nom de naissance : [redacted]
Prénom (sexe) :
Nom marital :
Né(e) le :

N° dossier EFS **4367313875**

Transfusion de			Irradié VHE -
Concentrés de Globules Rouges	O	CGR K Négatif (KEL:-1)	
Concentrés de Plaquettes	O, A(#), B(#), AB(#)		
Plasma	O, A, B ou AB		

(#) :Pour ces PSL, il est préférable de vérifier, au préalable, l'absence ou le faible taux d'anticorps immuns ABO chez le receveur

Caractéristiques de la greffe réalisée le 24/10/2022 — Visa

HC SI. GREFFES THERAPIE PED HS
C. H. de RENNES
Hôpital Sud
35056 RENNES CEDEX
Tel: 02.99.28.43.21

		Receveur (pré-greffe)	Donneur 1	Donneur 2
Moelle	x	O	O	
CSP		D+ C+ E+ c+ e+ K-	D+ C+ E+ c+ e+ K-	
USP		RH:1,2,3,4,5KEL:-1	RH:1,2,3,4,5KEL:-1	

Document réalisé le **18/10/2022**

EFS BRETAGNE - Site de Rennes, Rue Pierre-Jean Gineste BP 91614 35016 RENNES CEDEX

Document destiné au DOSSIER TRANSFUSIONNEL

Tel : 02.99.54.42.22 - Fax : 02.99.54.83.47

CONSIGN… TRANSFUSIONNELLES POST-ALLOGREFFE DE CSH

Consig… modification en fonction de l'évolution des examens IH

Nom de naissance : [redacted]
Prénom (sexe) :
Nom marital :
Né(e) le :

N° dossier EFS **4366903032**

Transfusion de			Irradié VHE -
Concentrés de Globules Rouges	A ou O	CGR K Négatif (KEL:-1) CGR E Négatif (RH:-3) CGR c Négatif (RH:-4) AcHLA1	
Concentrés de Plaquettes	A, O sans Ac immuns anti-A, B(#) sans Ac immuns, AB(#)		
Plasma	A ou AB		

(#) :Pour ces PSL, il est préférable de vérifier, au préalable, l'absence ou le faible taux d'anticorps immuns ABO chez le receveur

Caractéristiques de la greffe réalisée le 08/08/2022 — Visa

HC SI. GREFFES THERAPIE PED HS
C. H. de RENNES
Hôpital Sud
35056 RENNES CEDEX
Tel: 02.99.28.43.21

		Receveur (pré-greffe)	Donneur 1	Donneur 2
Moelle		A	A	
CSP		D+ C+ E- c- e+ K-	D+ C+ E- c+ e+ K-	
USP	x	RH:1,2,-3,-4,5KEL:-1 AcHLA1	RH:1,2,-3,4,5KEL:-1	

Document réalisé le **22/07/2022**

EFS BRETAGNE - Site de Rennes, Rue Pierre-Jean Gineste BP 91614 35016 RENNES CEDEX

Pose de la poche

Vérification de la prescription informatisé (Dx care) et des protocoles transfusionnels spécifiques du patient (consignes particulières et prescription complémentaire, exemple polaramine avant transfusion)

Elle peut se faire seule ou à l'aide d'une collègue *(celle qui fait le contrôle ultime est celle qui pose la poche)*

La tubulure est à adapter au type de pompe (Orchestra, 3M). Le filtre doit faire 200µm.





Contrôle ultime de concordance

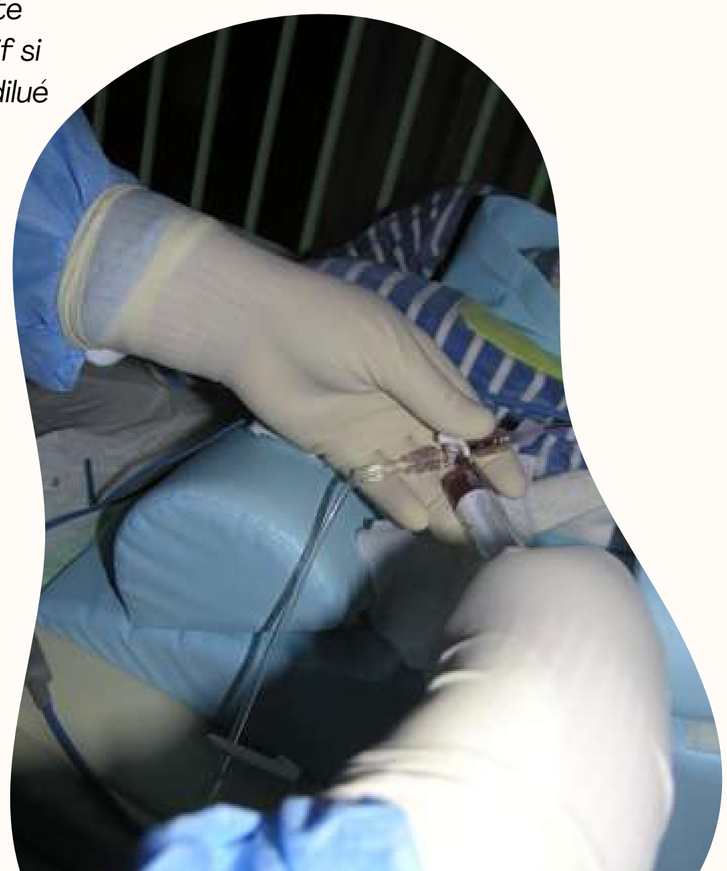
1. Identité du patient vérifiée

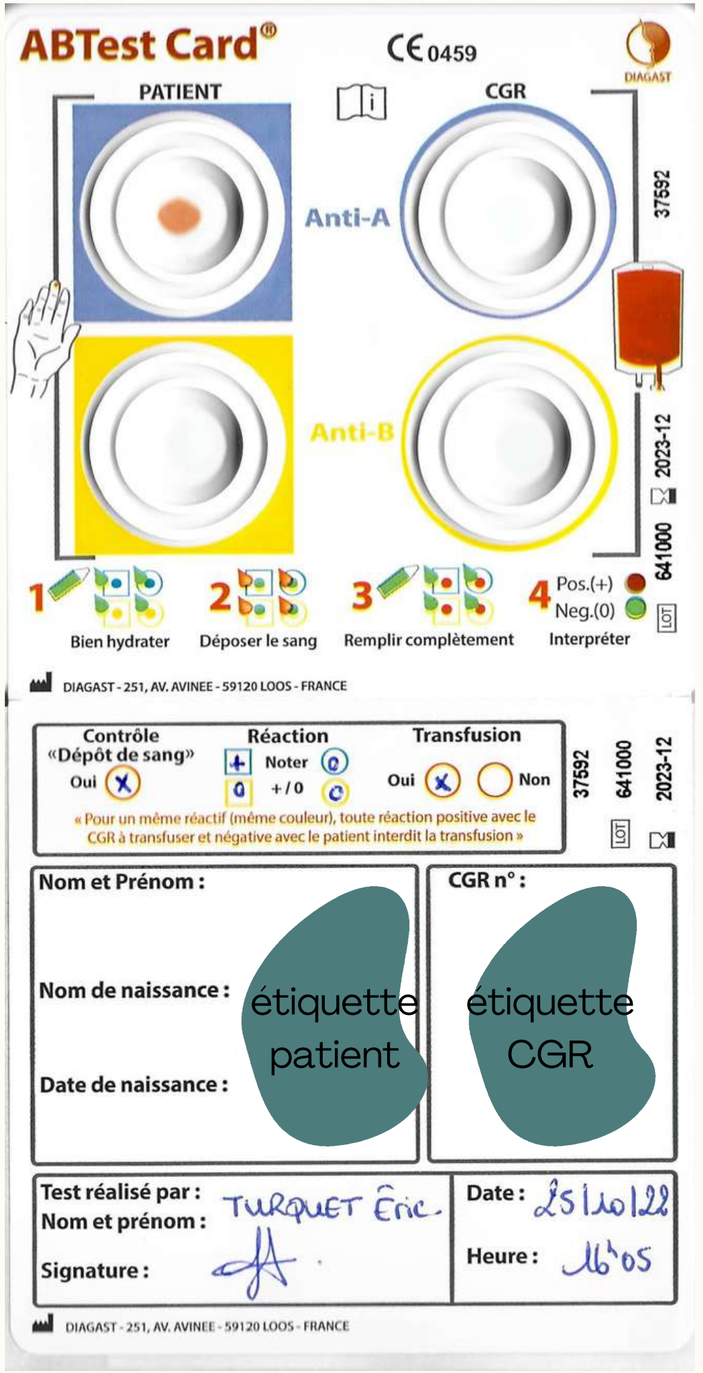
2. Vérifier l'intégrité du produit,
   - Date de péremption
   - Délais de réception (inférieur à **6h**)
   - Corrélation entre la carte de groupe, la demande de PSL, la fiche de délivrance et la poche :
     - identité du patient
     - type de PSL et groupe sanguin
     - phénotypé, déleucocyté, irradié
     - n° du lot
     - date des derniers RAI et résultats

3. Contrôle ultime de compatibilité entre le sang de l'enfant et celui du CGR (sang frais prélevé au moment de la pose)

Le **contrôle ultime** lors de la pose de CGR se fait dans le chambre du patient. Pour ne pas piquer l'enfant au bout du doigt, nous prélevons du sang au niveau du robinet proximal avant d'adapter la tubulure. Celle-ci ne doit pas être percutée sur le CGR tant que le contrôle n'est pas réalisé, interprété et compatible.

Attention, il faut être vigilant à déposer une petite goutte de sang sur la carte (risque de faux positif si trop de sang déposé) et que le sang ne soit pas dilué





Compatibilité érythrocytaire

Si le patient est :
A => transfusion en A ou O
B => transfusion en B ou O
AB => transfusion en A, B, AB O
O => transfusion en O

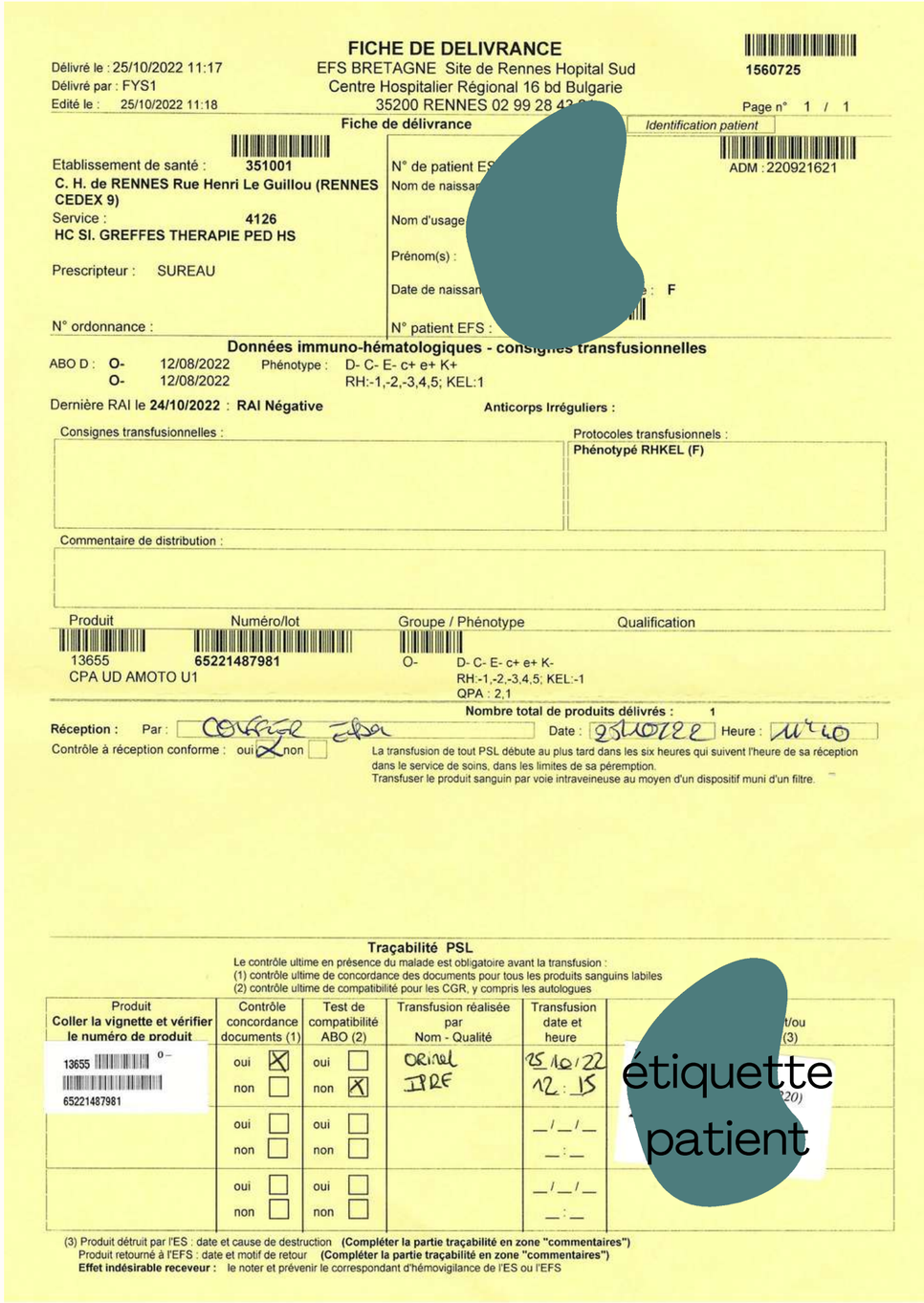
Si la tranfusion n'est pas isogroupé et au moindre doute, appel de l'EFS ou du médecin

Rh + => transfusion en Rh+ ou -
Rh - => transfusion en Rh-

Remplir la feuille de délivrance (contrôle des documents, date et heure de la transfusion…)

Penser à mettre l’étiquette du patient sur le fiche de délivrance

Tracer la transfusion et la surveillance dans le dossier patient informatise (DxCare)



FICHE DE DELIVRANCE

1560725

Délivré le : 25/10/2022 11:17
Délivré par : FYS1
Edité le : 25/10/2022 11:18

EFS BRETAGNE Site de Rennes Hopital Sud
Centre Hospitalier Régional 16 bd Bulgarie
35200 RENNES 02 99 28 43 [illegible]

Page n° 1 / 1

Fiche de délivrance

Identification patient

Etablissement de santé : 351001
C. H. de RENNES Rue Henri Le Guillou (RENNES CEDEX 9)
Service : 4126
HC SI. GREFFES THERAPIE PED HS

Prescripteur : SUREAU

N° ordonnance :

N° de patient ES[illegible]
Nom de naissa[illegible]
Nom d'usage
Prénom(s) :
Date de naissan[illegible] : F
N° patient EFS :

ADM : 220921621

Données immuno-hématologiques - consignes transfusionnelles

ABO D : O- 12/08/2022
O- 12/08/2022
Phénotype : D- C- E- c+ e+ K+
RH:-1,-2,-3,4,5; KEL:1

Dernière RAI le 24/10/2022 : RAI Négative

Anticorps Irréguliers :

Consignes transfusionnelles :

Protocoles transfusionnels :
Phénotypé RHKEL (F)

Commentaire de distribution :

Produit	Numéro/lot	Groupe / Phénotype	Qualification
13655 CPA UD AMOTO U1	65221487981	O- D- C- E- c+ e+ K- RH:-1,-2,-3,4,5; KEL:-1 QPA : 2,1	

Nombre total de produits délivrés : 1

Réception : Par : [illegible] Date : 25/10/22 Heure : 11h40

Contrôle à réception conforme : oui X non

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

Traçabilité PSL

Le contrôle ultime en présence du malade est obligatoire avant la transfusion :
(1) contrôle ultime de concordance des documents pour tous les produits sanguins labiles
(2) contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les autologues

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	[illegible]/ou (3)
13655 O- 65221487981	oui X non	oui non X	ORINEL IDE	25/10/22 12:15	
	oui non	oui non		__/__/__ __:__	
	oui non	oui non		__/__/__ __:__	

étiquette patient

(3) Produit détruit par l'ES : date et cause de destruction **(Compléter la partie traçabilité en zone "commentaires")**
Produit retourné à l'EFS : date et motif de retour **(Compléter la partie traçabilité en zone "commentaires")**
Effet indésirable receveur : le noter et prévenir le correspondant d'hémovigilance de l'ES ou l'EFS

Surveillance

- Les CPA passent sur **1h30** et les CGR sur **3-4h**, selon la prescription médicale adaptée à l'état clinique de l'enfant

- Prise des constantes (pouls, TA, T°, saturation) avant la pose de la poche

- Surveillance accrue lors du premier **1**/**4h** en restant dans la chambre afin de dépister tout évènement indésirable (c'est sur ce temps-là qu' un incident grave peut arriver).

- Surveillance régulière pendant tout le temps de la transfusion et ce jusqu'à 2h après la transfusion (*nouveau texte réglementaire*) sauf HDJ (*examen clinique avant la sortie et numéro a appelé en cas de problèmes à la maison*

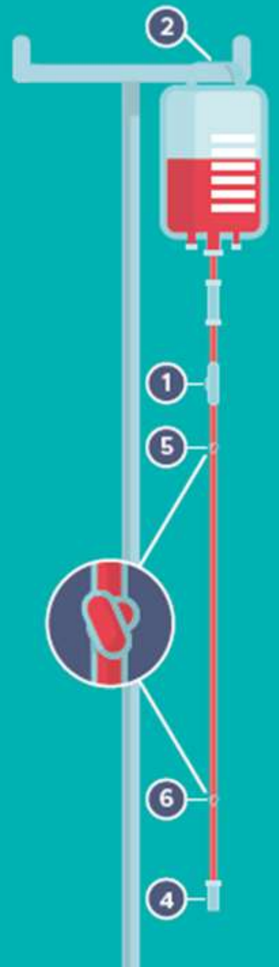
Suivi du patient transfusé

- A la fin de la transfusion, le robinet proximal est rincé avec du NaCl 0.9%
- Toute poche de transfusion doit être débranchée selon la technique du **double nœud**. La poche ainsi conservée pourra être envoyée en bactériologie de façon conforme si le patient présente une augmentation de température supérieure ou égale à 1°C ou des frissons.
- La poche est conservée **4h** au réfrigérateur,le contrôle ultime est aussi conservée 4h près du patient et éliminée ensuite dans la filière DASRI.
- Les documents de traçabilité sont ensuite renvoyés à l'USTH et le troisième volet de la fiche de délivrance rangé dans le dossier transfusionnel



L'ARRÊT DE LA TRANSFUSION

DÉBRANCHER UNE TRANSFUSION SANS RISQUE DE CONTAMINATION RÉTROGRADE DE LA POCHE



1. Clamper la molette.
2. Laisser **impérativement** la poche suspendue au pied à perfusion pour éviter tout reflux.
3. Déconnecter aseptiquement la tubulure de la perfusion.
4. Boucher l'extrémité de la tubulure avec un bouchon obturateur.
5. Effectuer **un premier nœud** sur la tubulure à quelques centimètres du filtre.
6. Effectuer **un deuxième nœud** à l'extrémité distale de la tubulure.
7. Retirer la poche de la potence.
8. Identifier la poche de PSL avec une étiquette du patient transfusé.
9. Conserver la poche +/- CIU au réfrigérateur 4 heures après la transfusion.

Incidents transfusionnels immédiats

- Incidents immunologiques:
  - Réactions fébriles
  - Incidents allergiques
  - Incidents hémolytiques
- Incidents de surcharge
- Incidents par contamination bactérienne

Conduite à tenir

- Arrêter la transfusion
- Prendre les constantes
- Prévenir les médecins
- Appliquer le protocole des incidents transfusionnels de l'établissement

Procédures à appliquer lors de la survenue de tout incident transfusionnel immédiat

1. Arrêter la transfusion.
2. Maintenir la voie veineuse.
3. Surveiller les constantes hémodynamiques (pouls, TA), T° et respiratoire (fréquence, saturation en oxygène).
4. Re-contrôler les contrôles pré transfusionnels (immunologique, identité).
5. Appeler le médecin, qui va prescrire, selon l'orientation diagnostique et la gravité.
6. Prévenir l'EFS (16 600, 85593, 85594).
7. Déclarer l'incident sur la feuille de délivrance et au correspondant d'hémovigilance du CHU (89311 : répondeur-enregistreur)

Procédures à appliquer selon avis médical

CHU Rennes	Fiche pratique Conduite à tenir devant la survenue d'un incident transfusionnel	Codification : CHU-IT-738
		Version : 2
Emetteur :	I-Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance — Date d'approbation : 01/07/2021 00:00:00	Pages : 1/1

Procédures à appliquer selon avis médical

Suspicion diagnostique		Examens biologiques à demander
Incident bactérien **Fièvre+ /- Frissons, douleurs abdominales, nausées, Vo, hypoTA** ↗ de la T° basale ≥ 1°C Tachycardie ≥ 120/min ou ↗ ≥ 40/min ↙ Pression artérielle systolique ≥ 30 mm Hg		- **Chez le patient** : 2 hémocultures à 1 heure d'intervalle ou 1 hémoculture sur le cathéter central et 1 sur une voie périphérique dans l'heure. -**Les produits transfusés** doivent être adressés le plus rapidement possible au laboratoire de bactériologie. Avant d'adresser les poches au laboratoire, il faut clamper soigneusement la roulette du clamp, mettre un bouchon à l'extrémité, faire un nœud quelque cm sous le filtre puis un autre à l'extrémité distale de la tubulure (procédure sur le site).
Allergie (Classification Ring et Messner)	Signes cutanéo-muqueux **isolés** (localisés ou généralisés) : érythème, urticaire, prurit, œdème.	Rien
	Si grade ≥2 organes atteints : signes cutanéo-muqueux diffus + ↙ PA modérée + toux, dyspnée ou bronchospasme + signes digestifs ou choc.	*1)* Immédiatement = histaminémie (tube EDTA) + tryptase (tube sec). *2)* H+2 et H+24 = tryptase. 3) +/- IgA Prélèvements à adresser au laboratoire d'immunologie du CHU. Discuter la réalisation d'une enquête allergologique avec le service d'allergologie du CHU, l'USTH et l'EFS. /!\ Pas d'envoi des poches de PSL en bactériologie
Suspicion diagnostique		**Examens biologiques à demander**
Hémolyse* * Les examens immunologiques doivent être répétés 3 à 5 jours après l'accident.		- RAI, Groupe sanguin ± anticorps anti HLA. - Cross match entre le CGR transfusé et le sérum du patient. - Test de Coombs Direct (recherche d'Ac fixés sur les GR). - NFP (efficacité transfusionnelle). - Haptoglobinémie. Hb libre. - Dosage des réticulocytes, LDH, bilirubinémie libre. ± Bilans de coagulation et de la fonction rénale.
OAP lésionnel ou TRALI : (Transfusion-related acute lung injury)		- Radiographie thoracique ± échographie coeur - Gaz du sang/ prise de la saturation en O2 - Contacter l'EFS pour recherche des AC anti HLA et Ac antigranulocytes (labo HLA) - ± Pressions de remplissage ventriculaire - ± Dosage ProBNP ou NT Pro-BNP
OAP de surcharge ou TACO (transfusion associated circulary overload)		- Radiographie thoracique ± échographie coeur - Gaz du sang - ± Pressions de remplissage ventriculaire - ± Dosage ProBNP ou NT Pro-BNP

Merci !