

**HEMOVIGILANCE
ET
ACTE TRANSFUSIONNEL**

Dr Bernard LASSALE

Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

Une réglementation peu évolutive jusqu'en 1985

Une réglementation succincte

Utilisation du sang et dérivés (1952)

Organisation des ETS (1954)

Contrôle ultime au lit du malade (1965)

Obligation de la Fiche transfusionnelle (1980)

Prévention de l'allo-immunisation (1985)

Mais des principes éthiques pour le don

Bénévolat + volontariat + anonymat

Deux réformes successives après 1985

Deux réformes élaborées à la suite de crises sanitaires

La réforme de la transfusion (1993)

dans les suites de l'affaire dite «du sang contaminé»

La réforme de la sécurité sanitaire (1998)

dans les suites de la crise dite «de la vache folle»

~ 200
textes

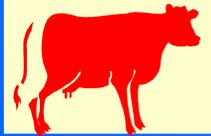
~ 700
textes

~ 700 textes

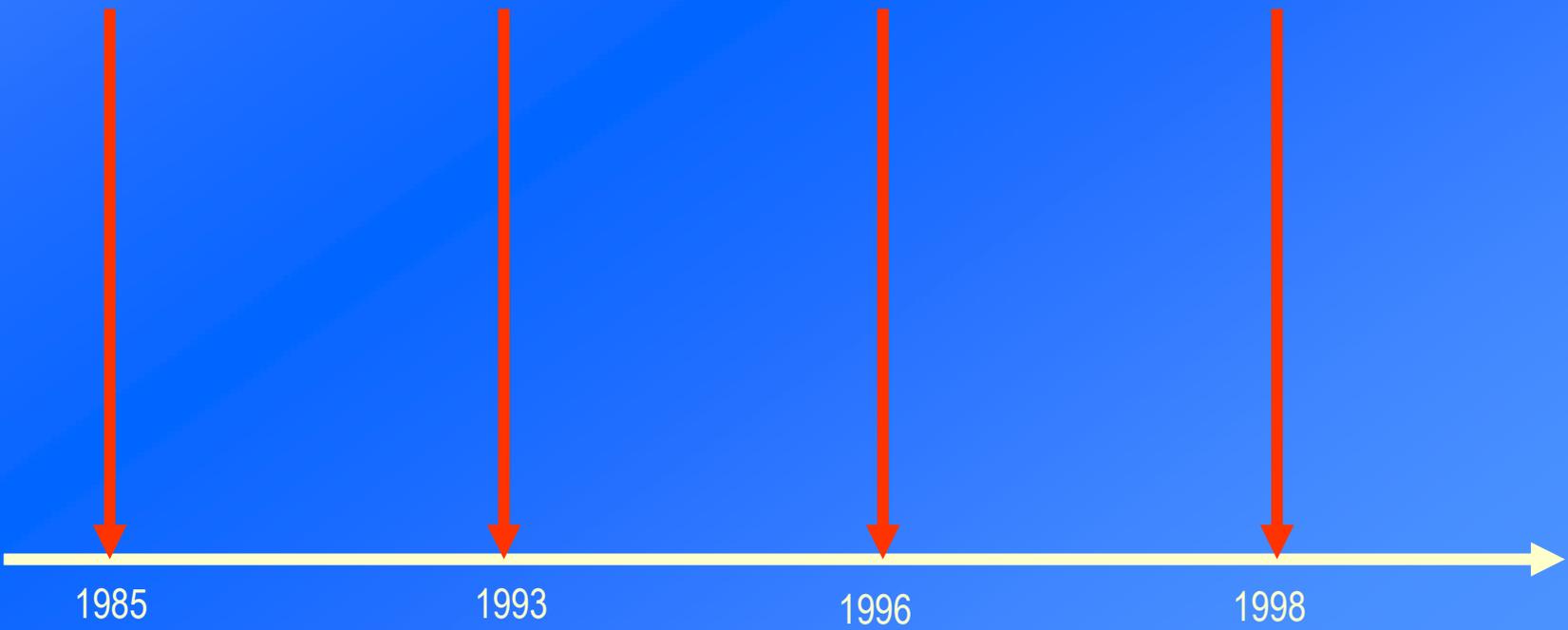
~ 1000
textes



LA LOI du
4 / 01 / 1993



LA LOI du
1 / 07 / 1998



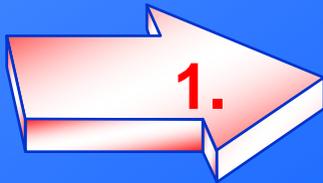
1985

1993

1996

1998

Sommaire



1. Objectifs de l'Hémovigilance



2. L'acte transfusionnel

Définition de l'Hémovigilance

«C'est l'ensemble des **procédures** de surveillance et d'**évaluation** des incidents, ainsi que des effets indésirables survenant chez les donneurs ou les receveurs de PSL. Elle porte sur l'ensemble de la chaîne transfusionnelle allant de la **collecte** des PSL jusqu'au suivi des **receveurs**. L'Hémovigilance comprend également le suivi épidémiologique des donneurs»

Ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005

Art R.1221-22 du Code de Santé Publique

Objectifs

La Traçabilité

Qui a reçu quoi ?

du donneur



au(x) receveur(s)

E
F
S



E
F
S



au(x) donneur(s)



du receveur

La Déclaration d'Incident Transfusionnel

Déclaration immédiate (8 heures)

"Tout médecin, pharmacien, chirurgien dentiste, sage-femme, infirmière ou infirmier qui a connaissance de l'administration d'un produit sanguin labile à un de ses patients et qui constate un effet inattendu ou indésirable dû ou susceptible d'être dû à ce produit, doit le signaler sans délai au correspondant d'Hémovigilance".

Décret n°94.68 du 24.01.94 relatif aux règles d'Hémovigilance

Les Enquêtes épidémiologiques

Enquêtes Transfusionnelles

Ascendantes

Enquête réalisée lors de la découverte d'une sérologie positive chez un receveur = recherche des donneurs

Descendantes

Enquête réalisée lors de la découverte d'une anomalie biologique chez un donneur = recherche des receveurs

Textes relatifs à l'information du patient en Transfusion

Textes généraux sur l'information du patient (CSP, Code de déontologie, Loi du 4 mars 2003, ANAES, ...)

Décret n°96-68 du 24.01.94 (règles d'Hémovigilance)

Circulaire n°97-149 du 26.02.97 (accès aux informations)

Circulaire n°582 du 15.12.03 (acte transfusionnel)

Information et suivi du patient Transfusé

Circulaire DGS/DH du 11.01.2006 :

Avant toute transfusion :

Entretien oral et information

A la sortie du patient :

Entretien oral et information (Qté, Qlté PSL)

Bilan conseillé à 1 mois : RAI

Sommaire



1. Objectifs de l'Hémovigilance



2. L'acte transfusionnel

Décret infirmier et responsabilité

Décret infirmier n° 2004-802 du 29 juillet 2004

L'infirmier ou l'infirmière est habilité(e) à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;

Décret infirmier et responsabilité

Décret infirmier : Acte délégué

LE MÉDECIN DOIT :

- Rédiger sa prescription
- Apporter toute information nécessaire
- Rester joignable à tout moment

L'IDE DOIT :

- Assurer la traçabilité de l'acte

B. Schéma récapitulatif des étapes successives



Ces différentes étapes doivent faire l'objet de protocoles dans chaque ES

1. La demande d'examens d'immuno-hématologie

Demande d'examen nécessaire :

- Identification du patient (étiquette LOGHOS)
- Identification et signature du prescripteur (médecin)
- Date et heure du prélèvement
- Identification du préleveur
- Demande d'examens IH

1. La demande d'examens d'immuno-hématologie

Identification du patient :

- Nom de naissance, nom marital
- Prénoms
- Date de naissance
- Sexe
- Identifiant hospitalier N° de séjour

Étiquetage des prélèvements au lit du malade

PRESCRIPTION D'EXAMENS D'IMMUNO-HEMATOLOGIE

PC 05 000 3

PRESCRIPTEUR

Nom (majuscule) :

Signature (obligatoire) :

Date de la prescription :

Renseignements cliniques et biologiques :

ETABLISSEMENT DE SANTE

Identification :

Service :

Tél. Direct :

PATIENT Sexe F M

Nom de naissance :

Nom marital :

Prénom :

Né(e) le :

(Etiquette patient)

Antécédents : • Transfusion OUI NON

• Grossesse OUI NON

PRELEVEUR

Nom (majuscule) :

Prénom :

Qualité :

Signature (obligatoire) :

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement : H

TRANSFUSION ENVISAGEE

OUI NON

Date : Heure :

EXAMENS PRESCRITS

Groupe ABO, D

Phénotype Rh Kell

Recherche d'Agglutinines Irrégulières

Bilan pré-injection d'Ig anti-D

Bilan post-injection d'Ig anti-D → Date injection d'Ig anti-D :

Test de Coombs direct érythrocytaire

Bilan d'anémie hémolytique → Contexte clinique :

Bilan d'incident transfusionnel

Autre (préciser) :

Tubes nécessaires à la réalisation des examens :

Nombre de tubes prélevés :

Sur chaque tube indiquer :

• Nom de naissance

• Nom marital

• Prénom

• Date de naissance

• Sexe

• Date et heure de prélèvement :

Types d'analyses	Nombre de tubes sur EDTA
ABO, D et RH-K	1
RAI	2
ABO, D + RH, K + FAI	2
Test de Coombs Direct (TCD)	1
Bilan d'injection de gamma anti-D	1
Bilan de réaction transfusionnelle	2
Bilan anémie émolitique	2 + (2 tubes secs)

INSERER LES TUBES ÉCHANTILLONS



ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALPES - MÉDITERRANÉE

Tubes échantillons nécessaires à la réalisation des examens Immuno-hématologiques

Sur chaque échantillon indiquer :

- Nom de naissance
- Nom marital
- Prénom
- Date de naissance
- Sexe

Types d'analyses	Nombre de tubes EDTA ou Citrate
ABO.D et RH.K	1
RAI	2
ABO.D + RH.K + RAI	2
Test de Coombs Direct (TCD)	1
Bilan d'injection de gamma anti-D	1
Bilan de réaction transfusionnelle	2
Bilan anémie hémolytique	2 + [2 tubes secs]

**UTILISER
PAR PATIENT ET**

**1 SACHET
PAR DÉTERMINATION**

DÉLAI DE RÉALISATION

- Urgence Vitale Immédiate (distribution sans délai)
- Urgence Vitale (délai distribution < 30 minutes)
- Urgence relative (délai distribution 2 à 3 heures)
- NON urgent (délai distribution 5 à 6 heures)

Étiquette patient

Veillez horodater ce coupon à votre arrivée

2. L'ordonnance de PSL

L'Ordonnance :

- Identification du patient (étiquette LOGHOS)
- Identification et signature du prescripteur (médecin)
- Renseignements cliniques et biologiques
- Date et heure de la prescription
- Type et quantité de PSL (1 ordonnance/type PSL)
- Date et heure de la transfusion (notion d'urgence)

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

PRESCRIPTEUR

Nom (majuscule) :
 Signature (obligatoire) :

ETABLISSEMENT DE SANTE

Identification :
 Service :
 Tél. Direct :

(Etiquette patient)

PATIENT Sexe F M

Nom de naissance :
 Nom marital :
 Prénom :
 Né(e) le :
 Renseignements cliniques et biologiques :

Date de la prescription :
 Date et heure souhaitée :
 pour la distribution : H
 Urgence Vitale Immédiate (distribution sans délai)
 Urgence Vitale (délai distribution < 30 minutes)
 Urgence relative (délai distribution 2 à 3 heures)

CONCENTRE de GLOBULES ROUGES

• Taux d'hémoglobine :g/dL
 Drogation RAI 21 Jours
 RAI négative et absence de transfusion, grossesse, greffe, ... depuis 6 mois
 Signature du médecin obligatoire :

Quantité : FERME RESERVE
 Qualification(s) :
 Phénotypé Rh Kell
 Autres (préciser) :

Régularisation ordonnance faxée

Délivrance de PSL mis en réserve

PSL :
 Quantité :
 Service (si différent) :
 Délivrance souhaitée date et heure :

CONCENTRE de PLAQUETTES d'APHERESE

• Poids : kg
 • Num. Plaquettaire : G/L
 • Date Num :
 Le produit le plus adapté sera sélectionné en fonction des produits disponibles

Quantité : FERME RESERVE
 Qualification(s) (préciser) :

PLASMA FRAIS CONGELE

Indication de la transfusion
 CIVD PVA PFC sécurisé
 Hémorragie aiguë Quantité : FERME RESERVE
 Déficit en Facteur rare de Coag.
 Autre (préciser) :

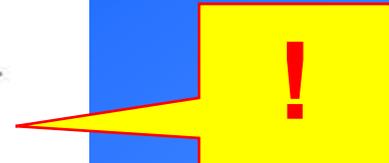
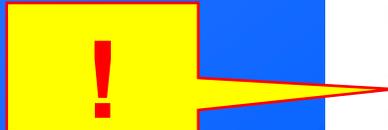
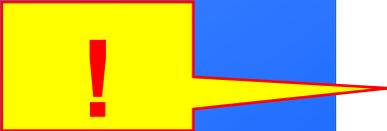
PRODUITS SANGUINS AUTOLOGUES

CGR Quantité : FERME RESERVE
PFC Quantité : FERME RESERVE

AUTRE PRODUIT SANGUIN LABILE (préciser) :

TRANSFUSEUR

CARTE PRETRANSFUSIONNELLE



2. L'ordonnance de PSL

Procédures spécifiques de l'urgence (arrêté du 10/09/2003)

Urgence Vitale Immédiate (UVI)

L'obtention des PSL est rapide et la distribution sans délai. Les CGR seront éventuellement distribués sans groupe sanguin et sans RAI.

Urgence Vitale (UV)

L'obtention des PSL doit être < à 30 min. Les CGR doivent être distribués avec un groupe conforme, éventuellement sans RAI si l'examen n'est pas disponible.

Urgence Relative

Le site de distribution dispose de 2 à 3 h, pour réaliser les examens IH et distribuer les PSL en isogroupes.

Les modalités de conservation et de transport

PSL	Températures de conservation	Durée de conservation	Températures de transport
C.G.R.	+ 2°C < T < + 6°C	42 j	+ 2°C < T < + 10°C
Plaq.	+ 20°C < T < + 24°C	5 j agitation	+ 20°C < T < + 24°C <i>(durée max 24h)</i>
P.F.C.	≤ - 25°C	1 an	≤ - 25°C

Arrêté du 24/04/02 relatif aux transport de PSL

- Véhicules autorisés
- Circuits clairement définis
- Conteneurs spécifiques
- Documents afférents au transport
- Contrôles des températures
- Contrôles à réception

3. La réception des PSL

Vérifications à effectuer :

- Destination du colis contenant les PSL
- Conformité du transport (délai, température)
- Conformité des produits livrés :
 - concordance identité PSL / Ordonnance / FDN
 - nombre et nature des PSL
 - aspect, intégrité, péremption des produits

Si anomalie : contacter le site de distribution

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Site de Marseille Timone Page 1

Sexe : M
Etablissement de santé : 0111 HOPITAL TIMONE ENFANTS (MARSEILLE)
Service de soins : 110214 0214 Hop.jour Hemato pedia. TE
RUE SAINT PIERRE
Médecin Prescripteur : DR. MICHEL
Date de la commande : 15/02/2008 Ref : 33236256
Date d'attribution : 16/02/2008 à 11:03
Nom marital : [REDACTED]
Nom de naissance : [REDACTED]
Prénom : [REDACTED]
Date de naissance : [REDACTED]
Un exemplaire à CONSERVER par l'E.S.
Un exemplaire à RETOURNER à l'EFS

Résultats biologiques exploitables pour la transfusion des PSL mentionnés sur cette fiche

ABO / D : O+ 06/02/2008 2 déterminations
Phénotype Rh / Kell : D+ C+ E- c- e+ K-
RAI : RAI Négative le 15/02/2008 15:00

Conseil transfusionnel :

Numéro du bon : 33236256

Contrôle à réception CONFORME OUI [] NON []

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

Débuter la transfusion dans les 8 heures qui suivent la réception

Code Produit	Code EFS	Code groupe	Numéro de don	Transfusé par	Contrôle ultime	Date et heure	Racevoir prévu *	Commentaire *
 04371	1301	510	 73080553833		OUI []	.. / .. / ..	OUI []	
Qual. Irradié / CGR, Qual. phéno Rh kell					NON []	.. h ..	NON []	
 04371	1301	510	 73081378491		OUI []	.. / .. / ..	OUI []	
Qual. Irradié / CGR, Qual. phéno Rh kell					NON []	.. h ..	NON []	

Utilisation de la fiche de transport

La fiche de transport vous est fournie par l'EFS Timone:

- Lors de la délivrance de PSL (début du délai des 6 heures)
- 1 fiche de transport par Patient non agrafée au sachet
- Permet de tracer le transport de PSL entre l'EFS et l'Unité.

En aucun cas elle ne peut se substituer à l'ordonnance de PSL

FICHE DE TRANSPORT

Transfusion - Produits Sanguins Labiles

A conserver par l'E.F.S. : page blanche
A conserver par l'E.S. : page rose
A conserver par le transporteur : page jaune

Expéditeur

EFS Alpes Méditerranée
149 bd Baille 13005 Marseille, Tel : 04 91 18 95 00
Site de :

Destinataire

Établissement de santé :

Patients (ou approvisionnement de dépôt) :

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

Produits :

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

Délivrance :

oui non
oui non

Enlèvement

Date : / /

Heure : /

Personnel EFS (nom, signature)

Personnel Transport (nom, signature)

Livraison

Date : / /

Heure : /

Transport conforme : oui non

Réserves :

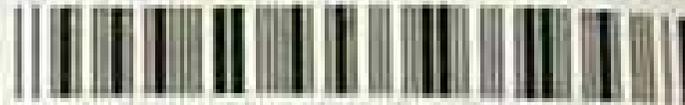
Personnel ES (nom, signature)

**Urgence Vitale : livraison immédiate des produits
impérative**

La réception des PSL

Don numéro 67034965254

Prélevé le 26/04/03



Utiliser avant le 07/06/2003 a 23:59
CONSERVER ENTRE +2°C ET +8°C
UNITE ADULTE

CONCENTRE DE GLOBULES ROUGES
DELEUCOCYTE

CPD - SAGMAN

04171

PHEN K

GMV



Volume: 110 ml + 92 ml SAGMAN Hémoglobine > = 40g

D+ C+ F+ e+ K-

0 +



3. La réception des PSL

- Transfuser le(s) PSL dans les 6 heures
- Fractionner les demandes en fonction des besoins
- Ne pas entreposer le PSL dans le réfrigérateur :
 - pas qualifié pour conserver les PSL
 - pas d'alarme ni de maintenance spécifique
 - risque d'oubli et d'erreur de patient

4. La réalisation de la transfusion

Principes de sécurité à respecter :

- Unité de temps : contrôles d'identité patient / PSL
- Unité de lieu : contrôles réalisés au lit du patient
- Unité d'action : contrôles réalisés par la même personne

4. La réalisation de la transfusion

Contrôles de concordance d'identité pour tout type de PSL :

- L'Ordonnance de PSL
- Les résultats des examens IHR (groupe ABO-D, RAI)
- La Fiche de Distribution Nominative (FDN)

**Si anomalie : contacter le médecin responsable
et/ou le site de distribution**

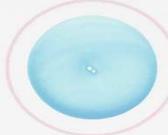
4. La réalisation de la transfusion

Contrôle de compatibilité pour les CGR :

- Au lit du patient
- Transfusion homologue ou Autologue
- Notion «**d'iso groupe** »
- A l'aide d'un dispositif de contrôle ultime (sang du patient et des globules rouges du culot à transfuser) poche après poche

**Si anomalie : contacter le médecin responsable
et/ou le site de distribution**

Le contrôle ultime au lit du malade

RECEVEUR				Date exp.: 2006-11
	1 goutte de sang receveur	Anti-A	Anti-B	
POCHE				Lot n°: 050505
	1 goutte de sang de la poche	Anti-A	Anti-B	

Serafol® USAGE IN VITRO

SIFIN Fabricant: GmbH 13088 Berlin  Distributeur: Biotest 78534 BUC Cedex

RECEVEUR

Nom : Nom de jeune fille :
 Prénom : Date de naissance :

Date exp.:
2006-11

N° de poche ou code barre:

RESULTATS	+ : Agglutination	Anti-A <input type="radio"/>	Anti-B <input type="radio"/>	Receveur
	- : Pas d'agglutination	Anti-A <input type="radio"/>	Anti-B <input type="radio"/>	Poche

Lot n°:
050505

Décision Transfusion possible OUI NON

Opérateur Nom : Date et heure :
 Service : Signature:

Médecin Nom :
 =Nom du médecin responsable de la transfusion

RECEVEUR



1 goutte de sang
receveur



Anti-A



Anti-B

Date exp.:

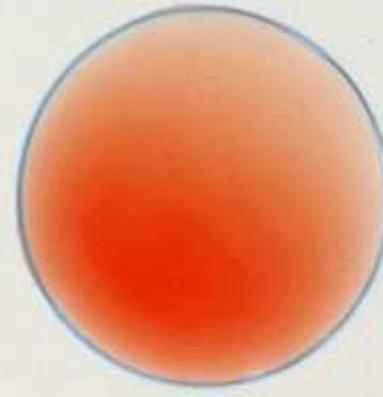
POCHE



1 goutte de sang
de la poche



Anti-A



Anti-B

Lot n°:

211103 2005-05

RECEVEUR



1 goutte de sang
receveur



Anti-A



Anti-B

Date exp.:

POCHE



1 goutte de sang
de la poche



Anti-A



Anti-B

Lot n°:

211103 2005-05

RECEVEUR



1 goutte de sang
receveur



Anti-A



Anti-B

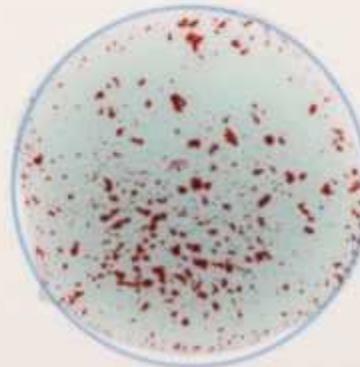
Date exp.:
31.03.04

POCHE

1 goutte de sang
de la poche



Anti-A



Anti-B



Lot n°:
050303

USAGE IN VITRO

RECEVEUR



1 goutte de sang
receveur



Anti-A



Anti-B

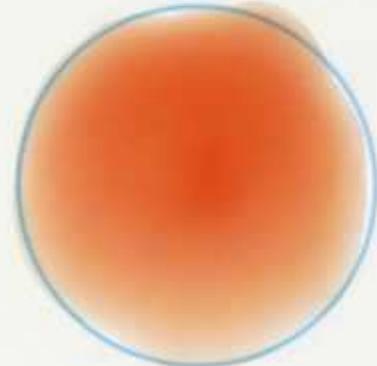
POCHE



1 goutte de sang
de la poche



Anti-A



Anti-B

Date exp.:

Lot n°:

2005-05
211103

RECEVEUR



1 goutte de sang
receveur



Anti-A



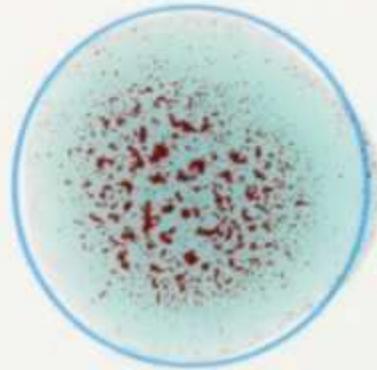
Anti-B

Date exp.:

POCHE



1 goutte de sang
de la poche



Anti-A



Anti-B

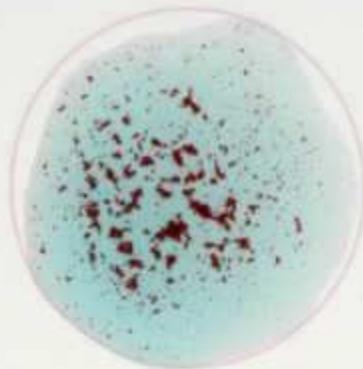
Lot n°:

211103 2005-05

RECEVEUR



1 goutte de sang
receveur



Anti-A



Anti-B

Date exp.:
31.03.04

POCHE



1 goutte de sang
de la poche



Anti-A



Anti-B

Lot n°:
050303

USAGE IN VITRO

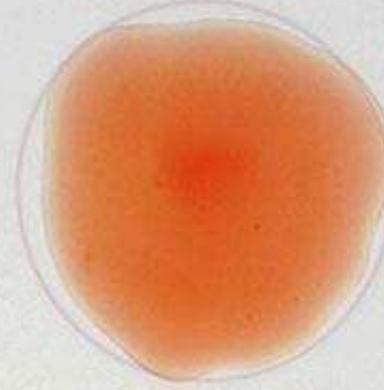
RECEVEUR



1 goutte de sang
receveur



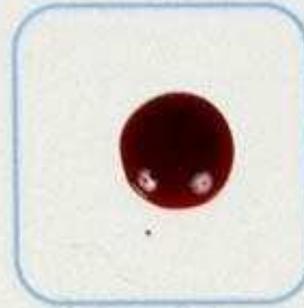
Anti-A



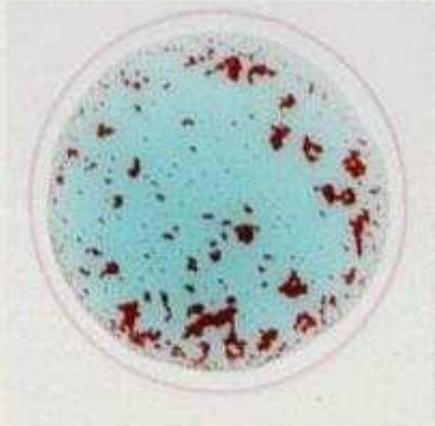
Anti-B

Date exp.:

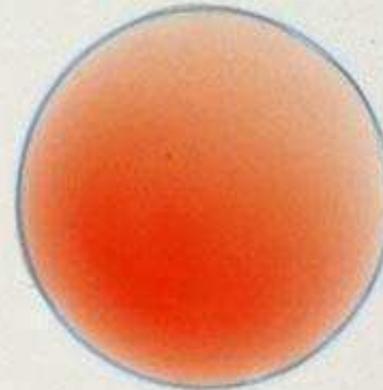
POCHE



1 goutte de sang
de la poche



Anti-A



Anti-B

Lot n°:

211103 2005-05

4. La réalisation de la transfusion

Pose et surveillance de la Transfusion :

- Choisir une voie veineuse (aiguille de 18 Gauge)
- Noter les paramètres (pouls, TA, température,...)
- Rester auprès du patient (*15^{èmes} mn*)
- Fixer un débit lent au départ
- Avoir un médecin à proximité (joignable)

Le contrôle ultime, la poche et le dispositif de transfusion se garde 2 heures après le fin de la transfusion

4. La réalisation de la transfusion

Si réaction transfusionnelle :

- Arrêter la transfusion (garder la voie veineuse)
- Noter les paramètres (pouls, TA, température)
- Appeler un médecin
- Conserver poche + tubulure + contrôle ultime
- Déclarer l'incident au Correspondant d'Hémovigilance

4. La réalisation de la transfusion

Les Contrôles effectués :

- à réception (colis, identité, PSL, ...)
- au lit du malade : concordance d'identité et de compatibilité
- pendant la surveillance de la transfusion

Doivent être notés :

- soit dans le dossier de soins (feuille de transmission ciblée)
- soit en utilisant la feuille de surveillance transfusionnelle institutionnelle



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

REF : MSF102

FICHE DE SURVEILLANCE TRANSFUSIONNELLE

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

ETIQUETTE

Hôpital : Nord Conception Timone Ad. Timone Enf. Sud

Réception P.S.L. (date et heure) :

Unité de soins :

..... a h

Type de P.S.L.*	①	②	③
Étiquette P.S.L.			
Personne qui réalise l'acte Nom et Fonction			

* Concentrés de globules rouges ou plasma ou plaquettes.

VERIFIER dès réception de la commande

La commande :

- Concordance entre ordonnance et livraison (type de P.S.L. et identité du receveur)
- Aspect, intégrité et péremption du ou des P.S.L.
- Concordance entre Fiche de Délivrance Nominative (F.D.N.) et P.S.L. (n° de P.S.L. et identité du receveur)

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

CONTROLLER au lit du patient

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

L'identité du transfuseur :

- Le transfuseur réalise le contrôle ultime au lit du patient (vérifier la date de péremption de la carte)
- Les réactions sont compatibles entre receveur et donneur ⇄ JE TRANSFUSE
- Les réactions sont incompatibles ou vous avez un doute ⇄ .. JE NE TRANSFUSE PAS

Dans ce 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 (recto)

Fiche de Surveillance Transfusionnelle (verso)



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
REF : MSFI02

FICHE DE SURVEILLANCE TRANSFUSIONNELLE

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

ETIQUETTE

REALISER la transfusion & SURVEILLER le receveur

*Il est fortement déconseillé de perfuser un autre produit en même temps (Transfusion en Y à proscrire)
La personne qui réalise l'acte doit rester les 15 premières minutes auprès du receveur*

Type de P.S.L. Ⓢ	Heure	Pouls	T.A.	T°	Observations
Début de la transfusion	H				
à 15 mn	H				
à mn (facultatif)	H				
Fin de la transfusion	H				
Type de P.S.L. Ⓢ	Heure	Pouls	T.A.	T°	Observations
Début de la transfusion	H				
à 15 mn	H				
à mn (facultatif)	H				
Fin de la transfusion	H				
Type de P.S.L. Ⓢ	Heure	Pouls	T.A.	T°	Observations
Début de la transfusion	H				
à 15 mn	H				
à mn (facultatif)	H				
Fin de la transfusion	H				

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

- La durée et l'heure de la transfusion ont été respectées
- Si non, pourquoi ?
-
-

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
- Prévenir le correspondant d'Hémovigilance (répondeur: 44331)
- Remplir la fiche de déclaration d'Incident Transfusionnel disponible dans le Guide des Bonnes Pratiques Transfusionnelles

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

5. La documentation relative à la transfusion

La traçabilité de la transfusion :

- Remplir la Fiche de Distribution Nominative :
 - 1 exemplaire retourne au site de distribution
 - 1 exemplaire pour le dossier médical
- Noter sur cette FDN :
 - le transfuseur
 - la date et l'heure de la transfusion
 - le cas échéant les manifestations cliniques (incident)

FICHE DE DISTRIBUTION NOMINATIVE

Site de Marseille Timone Page 1

Sexe : M
 Etablissement de santé : 0111 HOPITAL TIMONE ENFANTS (MARSEILLE)
 Service de soins : 110214 0214 Hop.jour Hemato pedia. TE
 RUE SAINT PIERRE
 Médecin Prescripteur : DR. MICHEL
 Date de la commande : 15/02/2008 Ref : 33236256
 Date d'attribution : 16/02/2008 à 11:03
 Nom marital : [REDACTED]
 Nom de naissance : [REDACTED]
 Prénom : [REDACTED]
 Date de naissance : [REDACTED]
 Un exemplaire à CONSERVER par l'E.S.
 Un exemplaire à RETOURNER à l'EFS

Résultats biologiques exploitables pour la transfusion des PSL mentionnés sur cette fiche

ABO / D : O+ 06/02/2008 2 déterminations
 Phénotype Rh / Kell : D+ C+ E- c- e+ K-
 RAI : RAI Négative le 15/02/2008 15:00

Conseil transfusionnel :

Numéro du bon : 33236256

Contrôle à réception CONFORME OUI [] NON []

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

Débuter la transfusion dans les 8 heures qui suivent la réception

Code Produit	Code EFS	Code groupe	Numéro de don	Transfusé par	Contrôle ultime	Date et heure	Racevoir prévu *	Commentaire *
 04371	1301	510	 73080553833		OUI []	.. / .. / ..	OUI []	
Qual. Irradié / CGR, Qual. phéno Rh kell					NON []	.. h ..	NON []	
 04371	1301	510	 73081378491		OUI []	.. / .. / ..	OUI []	
Qual. Irradié / CGR, Qual. phéno Rh kell					NON []	.. h ..	NON []	





Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Conception

Nord

Sud

Timone Adultes

Timone Enfants

Dossier transfusionnel

Produits Sanguins Labiles & Médicaments Dérivés du Sang

Pôle :

Service :

Chef de service :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Date de naissance :

N° du dossier :