

Transport des produits sanguins à l'intérieur d'un établissement

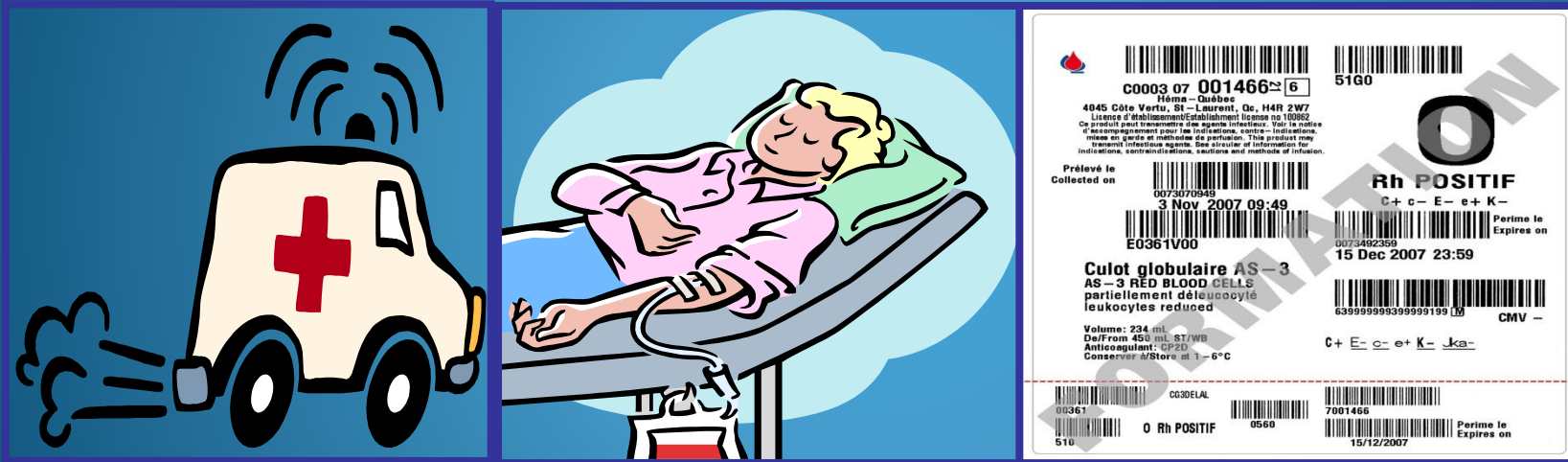


Image Héma-Québec



OBJECTIFS

- Assurer le transport des produits sanguins de façon sécuritaire par du personnel habilité
- Répondre à des normes de sécurité transfusionnelle:
 - Seul le personnel formé et désigné peut effectuer le transport des produits sanguins de la banque de sang vers les unités de soins et cliniques ambulatoires
 - Définir la durée maximale pour le transport des produits sanguins



TRANSPORT D'UN PRODUIT SANGUIN À L'INTÉRIEUR D'UN L'ÉTABLISSEMENT

**LE TRANSPORTEUR DOIT PORTER sa carte d'identité.
LE TRANSPORTEUR DOIT APPORTER À LA BANQUE DE SANG:**

La requête de banque de sang ou l'ordonnance individuelle standardisée (OIS).

Les données suivantes doivent s'y retrouver:

- Le prénom et le nom du receveur;
- Numéro d'identification du receveur (numéro d'assurance maladie ou numéro de dossier ou date de naissance);
- L'endroit où se trouve le receveur;
- Le produit demandé et la quantité;

Ces exigences sont en vigueur pour tous les produits entreposés en banque de sang : culot globulaire, plasma, plaquette, albumine, immunoglobulines intraveineuses, etc.



Vérification avec la technologiste de la banque de sang

- **Requête de banque de sang ou l'OIS apportée par le transporteur :**
 - **le transporteur :**
 1. Nom et prénom du receveur
 2. Numéro d'identification du receveur

- **Bordereau d'émission AH-238:**
 1. Nom et prénom du receveur
 2. Numéro d'identification du receveur

- **Produit sanguin:**
 1. Nom et prénom du receveur
 2. Numéro d'identification du receveur



Vérification avec la technologiste de la banque de sang

- Requête de banque de sang ou (OIS) Bordereau d'émission AH-238 Produit sanguin

Centre de santé et de services sociaux de Saint-Jérôme
 Laboratoire section Banque de sang
 290, rue De Montigny Saint-Jérôme, Qc J7Z 5T3

Quantité: 2
 Culot globalaire Urgent / Stat
 Plaquettes Compatibilité
 Plasma frais cong. Code: 50
 Albumine Pré-op
 Sang autologue Sang autologue

Transfusions prévues le: OP HANCHE
 Dispositif: DR PRESCRIPTEUR
 Signature de médecin: [Signature] Date: [Date]

Nom: [Nom] Prénom: [Prénom]

Vérifier l'identité du patient à l'aide de la preuve d'identification. Involontairement après le prélèvement des échantillons sanguins, identifier les tubes et apposer vos initiales.
 J. Jaramila au Dépt. 11/11/11 G. Osh

Culot globalaire sans épreuve de compatibilité

Je dégage le personnel médico-technique de toutes responsabilités des conséquences médicales et légales des transfusions qui seront administrées sans compatibilité croisée.

Signature du médecin: [Signature] Date: [Date]

CSSS de Saint-Jérôme
 BORDEREAU D'ÉMISSION DE PRODUIT SANGUIN

Produit: Bpos
 N° de don: C0003119041954
 Culot global. AS-3 partiel, dilués.

Prétype: []
 Compatibilité: 2011-11-16 08:50 par J.D. RÉSULTAT(S): Compatible
 Aspect du produit: 2011-11-29 23:59 ASPECT NORMAL
 Volume: []
 Date et heure de pléomption: 2011-12-12 23:09

Émis par: ALLARD MATHEU / MORIN PATRICIA (2011-11-16 19:16) Date et heure de l'émission: 2011-11-16 08:56

Remis à: [] Date: [] Heure: []

VÉRIFICATIONS DES CONCORDANCES DU RECEVEUR, DU PRODUIT ET DU BORDEREAU D'ÉMISSION
 (Ces vérifications doivent être faites par 2 professionnels de la santé.)

1. Nom, prénom et no de dossier	5. Date et heure de pléomption
2. N° du produit	6. Quantité du produit receveur aux directives
3. Groupe sanguin ABO/Rh (si applicable)	7. Aspect du produit et de son contenu
4. N°Don / Lot	8. Braclet ou carte d'identité au chevet du receveur

L'IDENTIFICATION DU RECEVEUR NE DOIT DONNER LIEU À AUCUNE ÉquivoQUE RESPECTUELLE DE LA LIÈGE TRANSFUSION

Compiliter les données au moment de la transfusion
 Date et heure de début: []/ []/ [] à []h []m []s
 Quantité totale administrée: [] mL

RÉACTION TRANSFUSIONNELLE: Non Oui → (Suivre la procédure de réaction transfusionnelle)

RETOURNÉ: []
 Signature de fin de transfusion: []



Bordereau d'émission (AH-238)

- Signer le bordereau
- d'émission à « *Remis à* » :
- Indiquer la date et l'heure de la
- prise de possession
- par le transporteur

JSS DU LAC-DES-DEUX-MONTA JS
BORDEREAU D'EMISSION DE PRODUIT SANGUIN No.00095722

No Bordereau : 0000431667
 Réaction(s) transfusionnelle(s) antérieure(s) :
 Type(s) : _____ Produit(s) : _____ Date(s) : _____

Dossier :
 438202
Apos
 No(e) : 1909-01-01
 Médecin :
 Prescripteur : MEDECIN
 Destination : EXT EXTERNE
 Motif :
 No détermination : _____

Commentaire(s) :
 Directives : SANS E-ntg

Code produit : _____ N° don : _____
 E4545V00 C000414193374N
Opos
 Culot globu. aphasée A5-3 partiel, déleuco. Séquence(s) : 1
 Qualificatif :
 Phénotype : M+
 Produit sans compatibilité

Aspect du produit : ASPECT NORMAL Volume : _____
 Transfusion sans compatibilité autorisée par : _____ (hématologue ou médecin autorisé)
 Commentaires : _____

Date et heure de péremption : 2014-08-15 23:09

Émis par : CADEUX PAULE / CADEUX PAULE (2014-09-04 11:48) Date et heure de l'émission : 2014-07-23 10:39

Remis à : _____ Date : _____ Heure : _____

VÉRIFICATIONS DES CONCORDANCES DU RECEVEUR, DU PRODUIT ET DU BORDEREAU D'ÉMISSION.
 (Ces vérifications doivent être faites par 2 professionnels de la santé.)

Cocher les concordances

1	Nom, prénom et No de dossier	5	Date et heure de péremption
2	Nom du produit	6	Qualificatifs du produit associés aux directives
3	Groupe sanguin ABO/Rh (si applicable)	7	Aspect du produit et de son contenu
4	N°Don / Lot	8	Braslet ou carte d'identité au chevet du receveur

L'IDENTIFICATION DU RECEVEUR NE DOIT DONNER LIEU À AUCUNE ÉQUIVOQUE
RESPECTER LE DÉLAI DE TRANSFUSION

Début : _____ Fin : _____
 Signature(s) transfuseur(s) : _____ Date : _____
 Signature(s) vérificateur(s) : _____

Compléter les données au moment de la transfusion

Date et heure de début	Date et heure de fin	Quantité totale administrée
_____	_____	_____ mL

RÉACTION TRANSFUSIONNELLE : Non Oui → (Selon la procédure de réaction transfusionnelle)

AH-238 (rev 02-01) **BANQUE DE SANG** CODE DU LAC-DES-DEUX-MONTA



Lors du transport d'un produit sanguin

LE TRANSPORTEUR DOIT:

- Acheminer le produit sanguin **directement** vers le service demandeur:
 - Le transport du produit sanguin **doit** se faire le plus rapidement possible
 - Si l'administration du produit **ne peut être débutée dans les 30 minutes suivant l'émission**, il doit être retourné immédiatement à la banque de sang, accompagné du bordereau d'émission complet
- Ne pas brasser le produit pendant le transport. Si vous échappez un produit, vous devez le retourner immédiatement à la banque de sang et aviser le transfuseur
- Remettre le produit sanguin **directement** au transfuseur
- **Ne pas laisser le produit sanguin sans surveillance**
- **Ne jamais réfrigérer un produit sanguin au service demandeur**



TRANSPORT D'UN PRODUIT SANGUIN À L'INTÉRIEUR D'UN L'ÉTABLISSEMENT

- Si le produit sanguin s'écoule de son contenant :
 - Mettre des gants.
 - Éponger le plus possible avec un papier absorbant.
 - Aviser le département d'hygiène et de salubrité qui verra à nettoyer le déversement et désinfecter la surface selon la procédure établie dans l'établissement.
 - Retourner l'emballage et le bordereau à la banque de sang.
 - Aviser le technologiste médical du besoin d'un autre produit sanguin.
 - Aviser l'infirmière du délai de préparation d'un autre produit.
-
- Si le contenant de produit sanguin est intact malgré un accident tel que le produit est tombé par terre durant le transport:
 - Aviser le transfuseur de l'accident afin qu'il vérifie l'état du produit.



Au moment de retourner le produit au laboratoire

- S'assurer qu'un sac scellé (style Ziploc) contient le sac de produit sanguin transfusé fermé aseptiquement
- S'assurer que le bordereau est signé par la personne qui a terminé la transfusion indiquant la date et l'heure de fin et qu'il est fixé à l'extérieur du sac



TRANSPORT D'UN PRODUIT SANGUIN À L'INTÉRIEUR D'UN L'ÉTABLISSEMENT

- Suite à la formation, vous êtes maintenant autorisé à transporter des produits sanguins de la banque de sang.
- Il est important de montrer à la technologue de la banque de sang votre **autocollant ayant une goutte de sang**, car ceci est la preuve de votre compétence.



Merci de votre participation!

- Le souci de la qualité **est l'affaire de tous.**
- Vous pouvez contacter la chargée clinique de sécurité transfusionnelle au 450 432-2777 poste 22613.

