

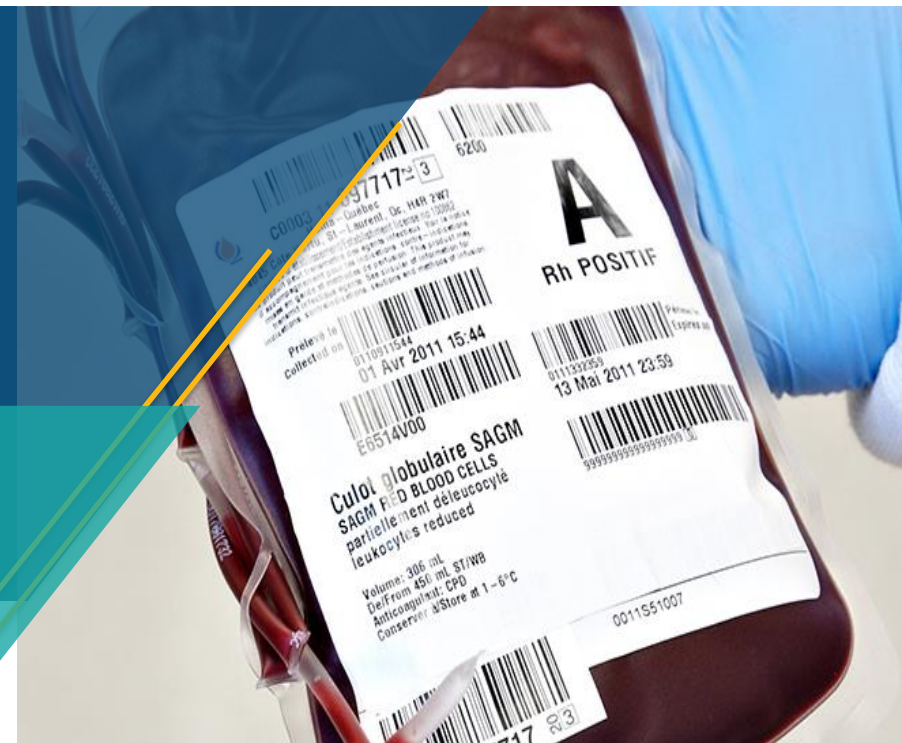
# LE CISSS DES LAURENTIDES complice de votre santé

## Médecine Transfusionnelle

Révisée par Marie-Christine Boisvert, chargée clinique de  
sécurité transfusionnelle le 2022-02-17

Formation élaborée par Cindhy Marsan, chargée clinique de sécurité  
transfusionnelle intérimaire

Collaboration de Lorie Lord-Fontaine, Chef de service des pratiques  
professionnelles et conseillère cadre en soins infirmiers, DSI  
Collaboration de Lison Forget, conseillère en soins infirmiers



Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

Québec 

## Pourquoi cette formation?

Afin de répondre aux normes de sécurité  
transfusionnelle

et

Offrir des soins sécuritaires  
aux usagers

## Objectifs de la formation

- Habilitier à trouver les outils de références
- Différencier les différents produits sanguins et leurs utilisations
- Identifier les étapes liées à une transfusion sanguine et à une déclaration de réaction transfusionnelle

## Outils de référence

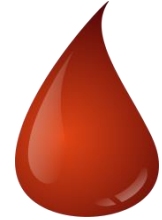
Les procédures opératoires normalisées (PON) spécifiques au CISSSLAU en ce qui a trait à la médecine transfusionnelle sont hébergées dans les méthodes de soins (MSI).



**Lecture préalable afin de respecter les normes récentes en médecine transfusionnelle**



# MSI – Médecine transfusionnelle



Assurez-vous de sélectionner - *Méthodes d'établissement*

## Critères de recherche

Vidéo  E learning  Outils  Personnalisée par mon établissement  Méthodes de mon établissement

Date de dernière mise à jour

Date de début

Date de fin

Culot



Méthodes d'établissement - Administration d'un produit sanguin labile, receveur adulte

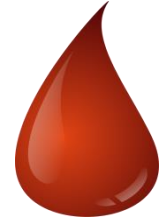
... SUIVRE LA PROCÉDURE DANS LA SECTION OUTILS. **Culot** Culots Globulaire Globules Plasma Plaquette ...

Révisé le: 2017/03/23

Thématiques: Médecine transfusionnelle



# MSI – Médecine transfusionnelle




## Définition

**ATTENTION**

**SUIVRE LA PROCÉDURE DANS LA SECTION OUTILS.**

### OUTILS

 2017-04-01-  
guide\_transfusionnel\_receveur\_adulte.pdf

   
guide\_dinspection\_visuelle\_des\_produits\_sanguins\_   
quebec\_2016.pdf

## Démonstration



## Outils de référence

### Guide transfusionnel receveur adulte

- Outil **aide-mémoire** destiné aux transfuseurs habilités

### Guide transfusionnel receveur adulte

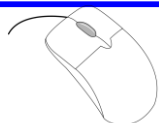


- Permet une **validation rapide** de l'information prioritaires au niveau de l'administration des produits sanguins suivants:
  - ✓ Culot globulaire
  - ✓ Plaquettes
  - ✓ Plasma
  - ✓ Cryoprécipités
  - ✓ Granulocytes
  - ✓ Immunoglobulines
  - ✓ Albumine



## Outils de référence

# Activités autorisées en médecine transfusionnelle selon le titre d'emploi au CISSSLAU



vos recherches, veuillez indiquer des mots complets ou les compléter avec \*  
"ce Acétaminophène" ou "Ordonn\* Acét\*"

cument

ire (1)

icer

activités médecine transfusionnelle



CISSSLAU - MAN 2018-01-29 Activités médecine transfusionnelle VF

1 résultat

Préférences

Recherche avancée

MAN 2018-...

227

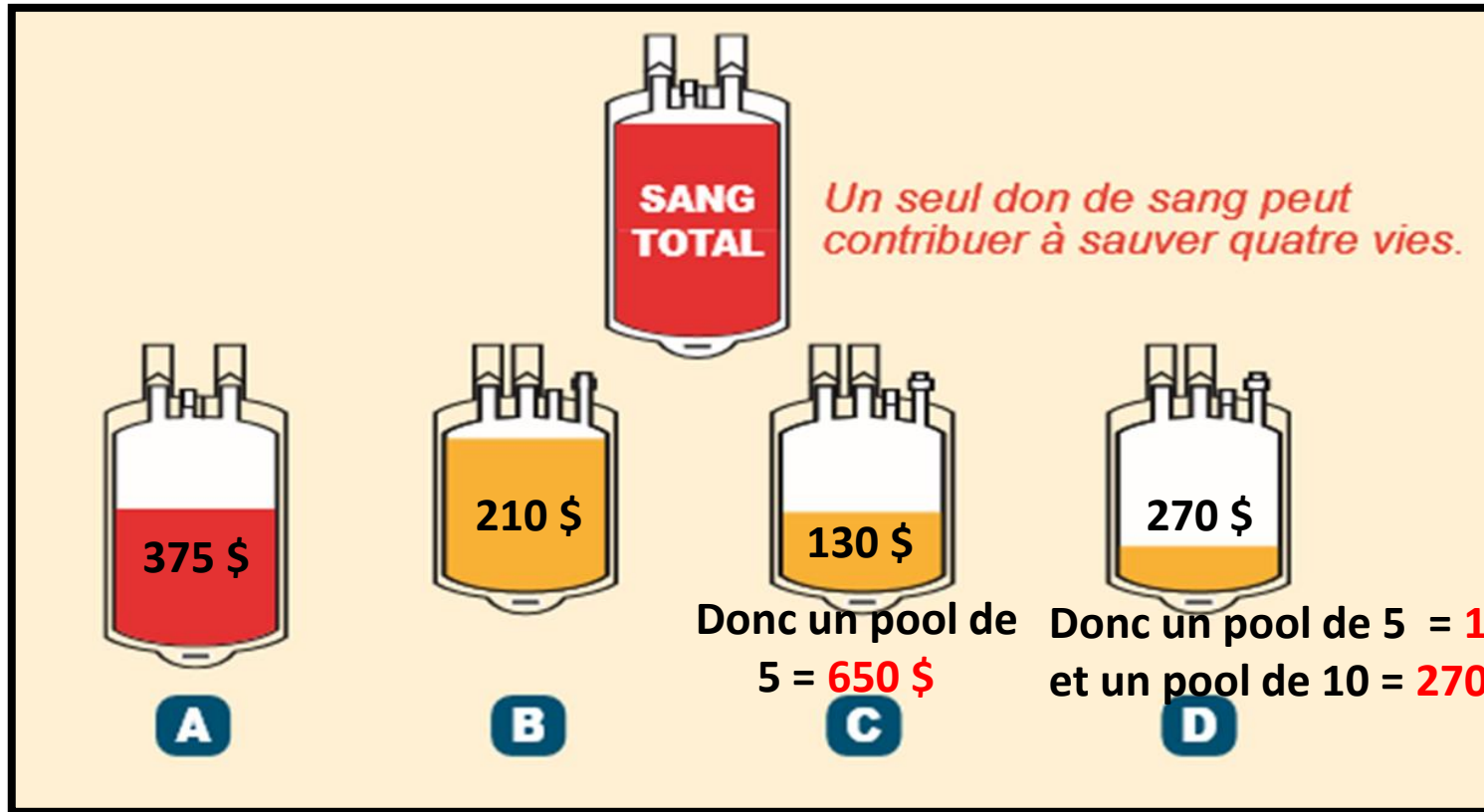
vues



Date	Description	Statut	Responsable
2018-01-29	Activités médecine transfusionnelle VF	Actif	[Nom]



# Le sang et son utilisation



- A** Culot globulaire (globules rouges)
- B** Plasma
- C** Concentré plaquettaire (plaquettes)
- D** Cryoprécipité

Image Héma-Québec

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

## Produits sanguins



### Produits labiles

- Culots globulaires
- Plasma
- Plaquettes
- Cryoprécipité

### Produits stables

- Albumine
- Immunoglobuline
- Beriplex
- Colle de fibrine
- Etc

## Temps de conservation

- **Globules rouges:** 42 jours réfrigérés
- **Plasma:** 1 an congelé
- **Plaquettes:** 7 jours température ambiante
- **Cryoprécipité:** 1 an congelé

## Inspection visuelle des produits sanguins

UN GUIDE D'INSPECTION VISUELLE DES  
PRODUITS SANGUIN EST DISPONIBLE DANS  
L'INTRANET.

**ATTENTION!**

Si vous souhaitez le consulter celui-ci s'ouvre  
seulement dans **chrome**.

## Inspection visuelle des produits sanguins Culots Globulaires



**Variation de couleur acceptable**

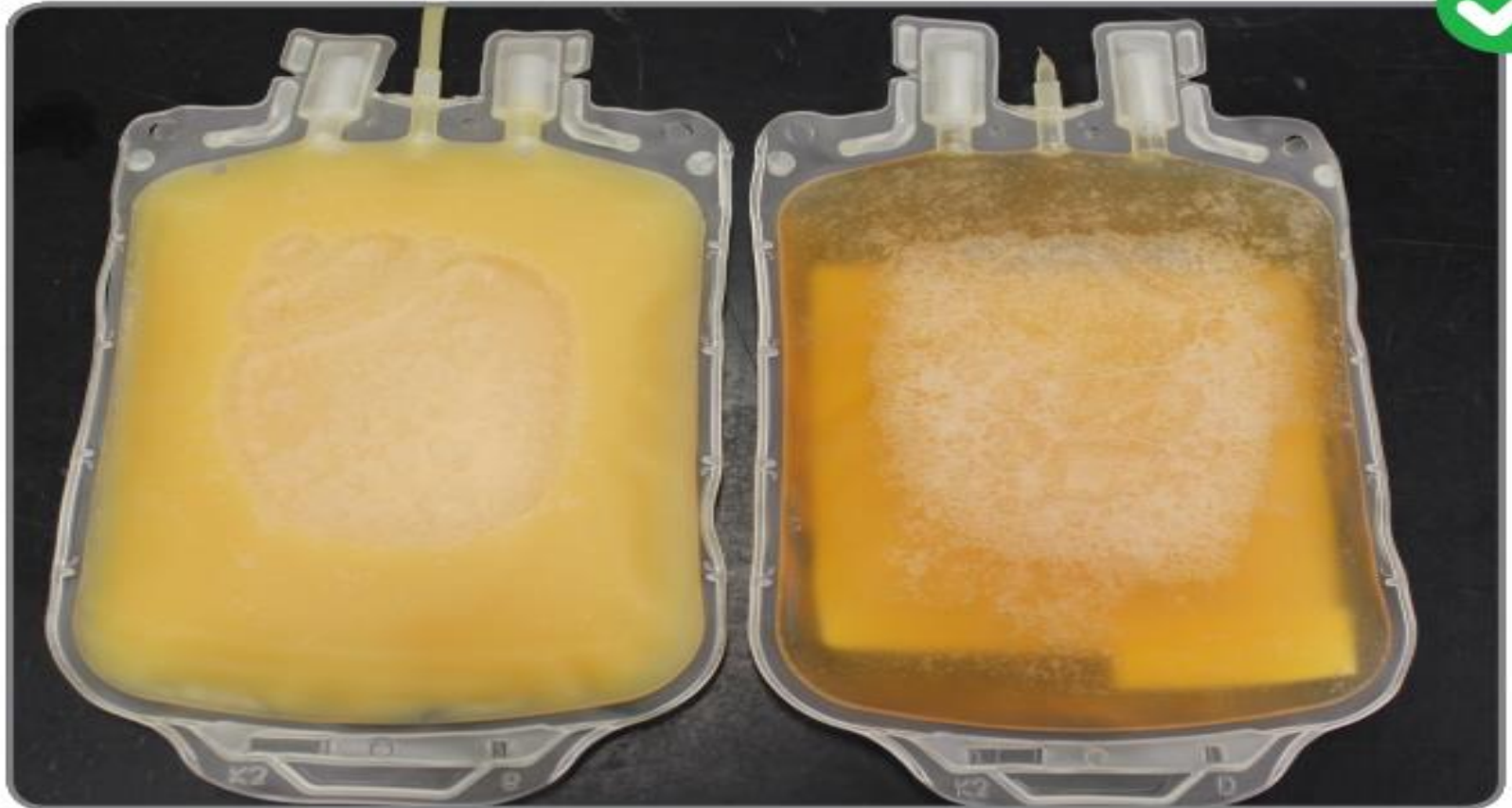
## Inspection visuelle des produits sanguins Culots Globulaires



**Acceptable**

**Contaminé**

# Inspection visuelle des produits sanguins Plasmas



Unités de plasma/surnageant acceptables

# Inspection visuelle des produits sanguins Plasmas



Unités de plasma/surnageant acceptables



# Inspection visuelle des produits sanguins Plasmas



# Inspection visuelle des produits sanguins

## Plasmas



Plasma/surnageant inacceptable



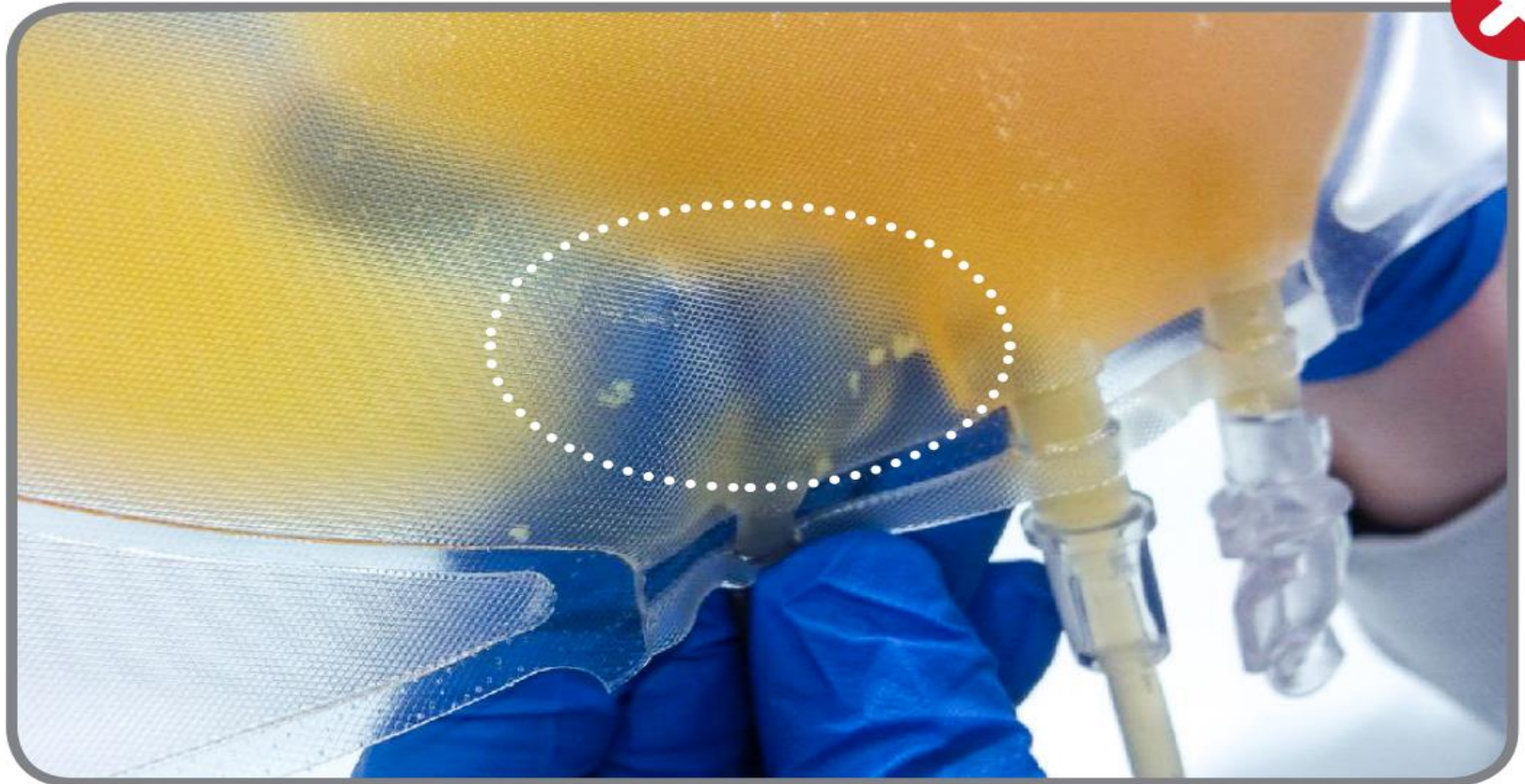
# Inspection visuelle des produits sanguins Plaquettes



Plaquettes de teintes variées acceptables

# Inspection visuelle des produits sanguins

## Plaquettes



Plaquettes inacceptables

## Voici les étapes liées à l'administration d'un produit sanguin

1. Vérification de l'ordonnance
2. Demande d'analyse et prélèvement pour la banque de sang
3. Validations avant la récupération d'un produit sanguin à la banque de sang
4. Transport d'un produit sanguin labile ou stable à l'intérieur de l'établissement;
5. Vérification prétransfusionnelle
6. Administration d'un produit sanguin
7. Fin de la transfusion

## Étape 1 Vérification de l'ordonnance



### Question?

Existe t-il une ordonnance collective que vous pouvez utiliser si vous avez un usager avec une hémoglobine à 75 g/L?

**NON**

## Étape 2

**Demande d'analyse et prélèvement pour la banque de sang**

**La période de validité du code 50 ou de la compatibilité est de  
4 jours**

**(incluant la journée du prélèvement)**

## Étape 2

### Demande d'analyse et prélèvement pour la banque de sang

Code 50

Compatibilité (cross-match)

Lorsque des analyses supplémentaires sont requises, par exemple un patient avec des anticorps ou des directives

particulières, la banque de sang

Code 50

Compatibilité (cross-match)

communiquera d'emblée avec vous pour faire un suivi de la situation. Il est parfois impossible d'obtenir un produit sanguin compatible la journée même pour certain usager!



## Étape 2

### Demande d'analyse et de prélèvement pour la banque de sang

- Compléter l'historique transfusionnel de l'utilisateur en utilisant le **formulaire lié à votre centre**;
- Inscrire:
  - L'analyse demandée (ex : code 50) ainsi que l'urgence de la demande. Cocher le(s) produit(s) demandé(s) et la quantité;
  - La **date** prévue de la transfusion;
  - Le **diagnostic** de l'utilisateur ou l'indication clinique de la demande;
  - Si c'est pour une chirurgie spécifier laquelle
  - Le nom et prénom du médecin (lisiblement)
  - **Ne pas oublier d'inscrire l'unité de soins où se situe l'utilisateur**
  - Signature / date / heure de prélèvement.

## Étape 2

### Demande d'analyse et prélèvement pour la banque de sang- 2<sup>e</sup> détermination ABO

Depuis le 15 juin 2020

Afin de répondre à la norme nationale CAN/CSA-Z902, critère 10.6.1.3, **un deuxième prélèvement dans un deuxième temps pour confirmer le groupe sanguin du receveur lors d'une demande de culots (Code 50 et Compatibilité) ou plasma ou plaquettes ou cryoprécipités ou d'immunoglobuline anti-Rh(D) (WinRho), permettra d'éliminer les incompatibilités ABO Rh dues aux erreurs de prélèvement du spécimen.**

La réalisation d'un groupage sanguin sur deux prélèvements **à 2 moments différents** avant la transfusion isogroupe de produits sanguins labiles permet d'intercepter des erreurs de prélèvement, d'identification ou d'analyses qui peuvent causer des accidents transfusionnels de type ABO et mettre la vie du patient en danger.

## Étape 2

### Demande d'analyse et prélèvement pour la banque de sang- 2<sup>e</sup> détermination ABO

Si le groupe sanguin de votre patient n'est pas connu dans notre système provincial de banque de sang (Trace Line) et qu'il a besoin de produits sanguins, la banque de sang communiquera avec vous et

- Vous remettra une requête spéciale et un tube à bouchon TAN. La date, l'heure et les initiales du technologiste médicale qui demandera le 2<sup>e</sup> prélèvement seront inscrits sur ces derniers.
- Le 2<sup>e</sup> prélèvement devra être effectué dans les plus brefs délais.
- Vous devez impérativement utiliser la requête et le tube fournis par la banque de sang



Requête fournie par la  
banque de sang

Installation : CISSS des Laurentides –  
Hôpital Saint-Eustache

DEUXIÈME DÉTERMINATION DE GROUPE SANGUIN

La requête diffère légèrement d'un établissement à l'autre (point 2) puisque les systèmes informatiques de laboratoire ne sont pas les mêmes. Toutefois la marche à suivre reste la même hormis le point 2.

### DOIT ÊTRE COMPLÉTÉ PAR L'INFIRMIÈRE QUI PRÉLÈVE L'USAGER

*Pour répondre aux exigences en hémovigilance, un deuxième prélèvement est demandé par le laboratoire de banque de sang pour confirmer le groupe sanguin du receveur*

- 1) Identifier le formulaire au nom de l'usager (plaquer la carte de l'usager)
- 2) Créer une nouvelle requête dans le système TDWEB pour l'usager. Commander le test «RETYP»
- 3) Imprimer l'étiquette
- 4) Effectuer le prélèvement à l'aide d'un des deux tubes fournis par la Banque de sang
- 5) Identifier le spécimen prélevé à l'aide de l'étiquette
- 6) Inscrire la date et l'heure du prélèvement ainsi que vos initiales sur l'étiquette
- 7) Signer, dater et indiquer l'heure du prélèvement sur le formulaire
- 8) Retourner le formulaire complété, le spécimen prélevé (et identifié) ainsi que tout tube vide ou non utilisé au laboratoire de Banque de sang



### IMPORTANT :

- Tout autre tube que celui envoyé par la Banque de sang sera refusé
- Tout tube dont l'intégrité est douteuse sera refusé par la Banque de sang

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_ HEURE : \_\_\_\_\_  
Infirmière

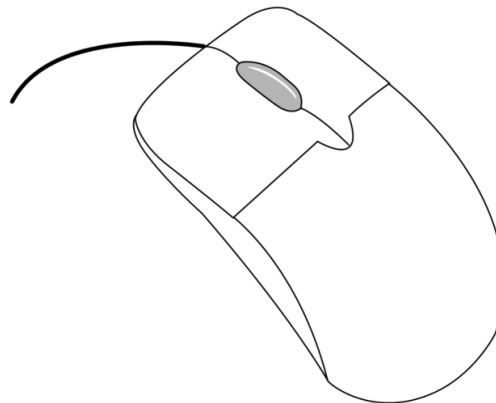
## Étape 2

### Demande d'analyse et de prélèvement pour la banque de sang

#### Questions

Quels sont les moyens vous permettant de vous conformer à la double identification de l'utilisateur?

#### Identification des usagers



## Risques reliées à une mauvaise identification

- Si l'usager est non connu, le **groupe sanguin** pourrait être **erroné**
- Le **produit sanguin** pourrait être **administré** au **mauvais usager**
- La **recherche d'anticorps** pourrait être **négative** alors que l'usager **possède des anticorps**

**UNE MAUVAISE IDENTIFICATION = RÉACTION  
TRANSFUSIONNELLE POUVANT ENTRAÎNER LA MORT**



## Étape 2

### Demande d'analyse et prélèvement pour la banque de sang

De avril 2018 à septembre 2018 combien de non-conformités, selon vous, ont été déclarées dans le CISSS en lien avec des erreurs de prélèvement?

**ATTENTION!**

**ASSUREZ VOUS QUE;**

- a) 126
  - b) 542
  - c) 727
- l'utilisateur soit identifié sans équivoque

**727**

De avril 2018 à septembre 2018 combien de non-conformités, selon vous, ont été déclarées dans le CISSS en lien avec des erreurs de transfusion?

- a) 168
  - b) 212
  - c) 346
- le bon produit est administré au bon usager.

**212**

## Étape 2

### Demande d'analyse et de prélèvement pour la banque de sang

#### Les 4 étapes de l'étiquetage des échantillons

1. Apporter les **étiquettes** pour les échantillons au chevet de l'utilisateur. Apporter la **requête** pour la banque de sang sauf en chambre d'isolement
2. **Vérifier** que les données de l'étiquette correspondent aux données sur le bracelet ou l'**identification** de l'utilisateur et la documentation connexe
3. **Étiqueter** les tubes **avant** de quitter l'utilisateur, une fois le ou les échantillons prélevés. **Étiqueter les échantillons ailleurs qu'au chevet de l'utilisateur augmente les risques d'erreur d'étiquetage**
4. **Documenter** le prélèvement sanguin. Ne jamais signer le travail d'une collègue.



## Étape 2

### Demande d'analyse et de prélèvement pour la banque de sang

Exigences pour la requête

Exigences sur l'étiquette  
du prélèvement

Nom / prénom de l'utilisateur  
Identificateur unique (RAMQ ou # dossier)  
Date et heure du prélèvement

Exigences pour la requête

Exigences sur l'étiquette  
du prélèvement

Signature **lisible** du préleveur  
Emplacement du receveur  
Nom et prénom du médecin  
Analyses prescrites

Initiales du préleveur

## Étape 2

# Demande d'analyse et de prélèvement pour la banque de sang

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides  
**Québec**  
290, rue De Montigny  
Saint-Jérôme, Qc J7Z 5T3

\* G X - 0 2 3 8 \*

DOSSIER  
J911911  
OU  
RAMQ

MORIN ISABELLE  
1880-01-01

	OUI	NON	INCONNU
Formation antérieure d'anticorps		X	
Transfusions antérieures	X		
Réactions transfusionnelles antérieures		X	
Nombre de grossesses	2		
Déficience en IgA			X

Quantité

Culot globulaire	2
Plaquettes	
Plasma frais cong.	
Albumine 25%	
Albumine 5%	
IgIV (Diag. obligatoire)	
Autres	

Urgent / Stat  
 Compatibilité  
 Code 50  
 Pré-op  
 Sang autologue

Poids: \_\_\_\_\_

Transfusions prévues le : **CE JOUR AM**

Diagnostic ou chirurgie : **ANÉMIE Hb: 62 g/L**  
**5A**

Unité de soins : **5A**  
(Provenance de la prescription)

**LESSARD MARIE-CLAUDE** 2019-01-01

Signature du médecin (nom et prénom et n° de permis) Date

Vérifier l'identité du patient à l'aide du bracelet d'identification. Immédiatement après le prélèvement des échantillons sanguins, identifier les tubes et apposer vos initiales.

**5 A**

Lieu de prélèvement (Clinique, centre ou service de prélèvement)  
**MARSAN CINDHY** 2019-01-01 8H00

Prélevé par (nom et prénom) Date et heure

Signature du patient ou témoin Date  
(Pour patient sans bracelet d'identification)

**Culot globulaire 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 Date

### ATTENTION:

Toujours inscrire le numéro de dossier du centre hospitalier. JAMAIS de numéro de dossier de clinique ou CLSC

A

# !Trouvez l'erreur !

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides  
**Québec**  
 290, rue De Montigny  
 Saint-Jérôme, Qc J7Z 5T3

DOSSIER  
**J911911**

**MORIN ISABELLE**  
 1880-01-01

Vérifier l'identité du patient à l'aide du bracelet d'identification. Immédiatement après le prélèvement des échantillons sanguins, étiqueter les tubes et apposer vos initiales.

**5 A**  
 Lieu de prélèvement (Clinique, centre ou service de prélèvement)  
**MARSAN CINDHY**      2019-01-01 **8:15**  
 Prélevé par (nom et prénom)      Date et heure

Signature du patient ou témoin      Date  
*(Pour patient sans bracelet d'identification)*

	OUI	NON	INCONNU
Formation antérieure d'anticorps		X	
Transfusions antérieures	X		
Réactions transfusionnelles antérieures		X	
Nombre de grossesses	2		
Déficience en IgA			X

**Quantité**

Culot globulaire	2	<input type="checkbox"/> Urgent / Stat
Plaquettes		<input checked="" type="checkbox"/> Compatibilité
Plasma frais cong.		<input type="checkbox"/> Code 50
Albumine 25%		<input type="checkbox"/> Pré-op
Albumine 5%		<input type="checkbox"/> Sang autologue
IgIV (Diag. obligatoire)		Poids: _____
Autres		

Transfusions prévues le : **CE JOUR AM**

Diagnostic ou chirurgie : **ANÉMIE Hb: 62 g/L**

Unité de soins : **5A**  
 (Provenance de la prescription)

**LESSARD MARIE-CLAUDE**      2019-01-01  
 Signature du médecin (nom et prénom et n° de permis)      Date

**Culot globulaire 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      Date



## Étape 3

### Validations avant la récupération d'un produit sanguin à la banque de sang

**Un consentement spécifique à l'administration de produits sanguins doit être obtenu par le médecin**

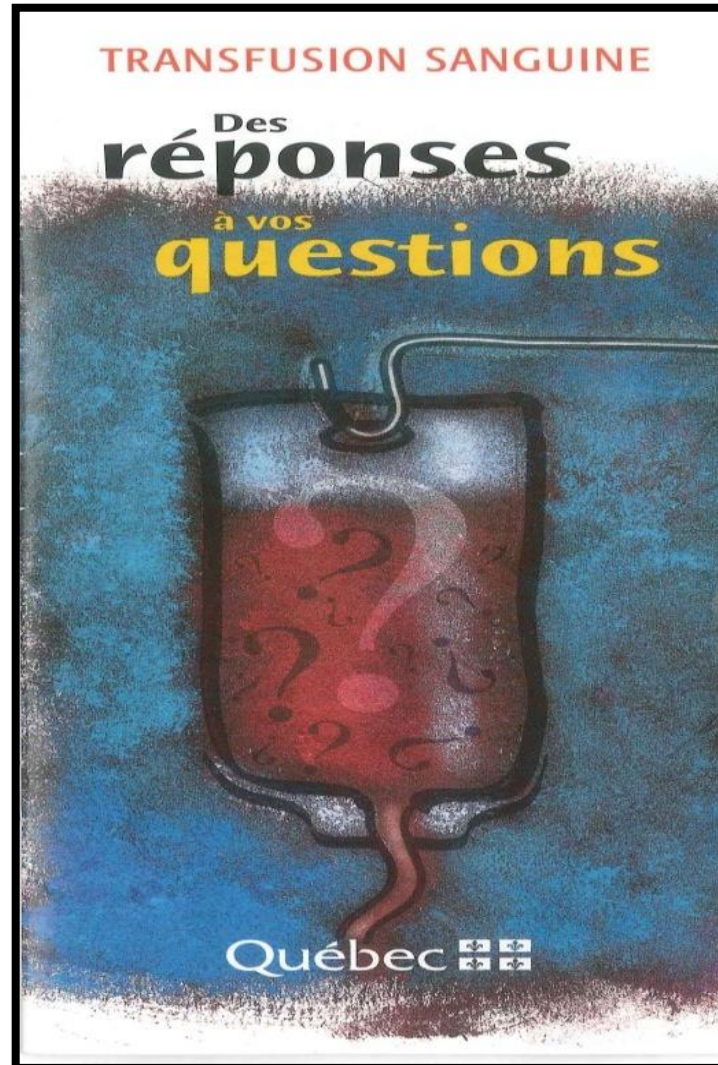
#### Le Médecin:

- Obtient le consentement et l'inscrit au dossier de l'utilisateur

#### L'équipe soignante:

- Faire signer le formulaire de consentement à l'utilisateur (ou à son représentant légal) à titre de témoin une fois que le médecin a fourni à l'utilisateur tous les renseignements nécessaires à un consentement libre et éclairé. En cas d'impossibilité ou d'incapacité de l'utilisateur à fournir son consentement écrit, il peut être obtenu oralement en l'inscrivant sur le formulaire à l'endroit prévu

# Brochure remise par la banque de sang



## Étape 3

### Validations avant la récupération d'un produit sanguin à la banque de sang

- Effectuer l'évaluation clinique de l'utilisateur
- Prendre et consigner les signes vitaux : température, pression artérielle, pouls, respiration, saturation
- S'assurer d'avoir un **accès intraveineux** perméable et réservé à l'administration du produit sanguin
- Rassembler le matériel nécessaire à la transfusion (soluté compatible par la voie primaire)
- Administrer les prémédications requises, s'il y a lieu

## Étape 4

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

**LE TRANSPORTEUR DOIT PORTER sa carte d'identité.**

**LE TRANSPORTEUR DOIT** apporter à la banque de sang;

**Le coupon de cueillette**

**ou**

**l'ordonnance individuelle standardisée (OIS).**

## Étape 4

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

L'infirmière doit s'assurer que les données suivantes se retrouvent sur le coupon de cueillette de banque de sang:

- 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
- Le nom et prénom du médecin prescripteur
- Ces exigences sont en vigueur pour tous les produits entreposés en banque de sang : culot globulaire, plasma, plaquette, albumine, immunoglobulines intraveineuses, etc.



## Étape 4


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

## Coupon de cueillette

<small>Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides</small> Québec		<b>Demande de produits sanguins</b>		<b>DOSSIER</b> 12345	
Date: <b>11/11/11</b>		Heure: <b>10:00</b>		<b>TEST, TEST</b>	
Clinique ou service: <b>5 A</b>		Médecin prescripteur: <b>Lessard Marie-Claude</b>		<b>RAMQ</b>	
		<small>Nom + prénom lettre moulé</small>			
Signature de l'infirmier <u>Julie Morin</u>		# employé <u>45826</u>			
BANQUE DE SANG			BANQUE DE SANG		
PRODUITS LABILES		QUANTITÉ	PRODUITS STABLES		QUANTITÉ
<input checked="" type="checkbox"/>	CULOT GLOBULAIRE	1	<input type="checkbox"/>	ALBUMINE 25% (100mL)	
<input type="checkbox"/>	PLAQUETTES (thromba ou pool)		<input type="checkbox"/>	ALBUMINE 5% (250mL)	
<input type="checkbox"/>	PLASMA		<input type="checkbox"/>	FLOSEAL	
<input type="checkbox"/>	CRYO (Pool de 5 cryo)		<input type="checkbox"/>	EVICEL	
<input type="checkbox"/>	AUTRE: _____		<input type="checkbox"/>	WINRHO 300µg (référence OIS-038)	
			<input type="checkbox"/>	IgIV (Indication clinique ET poids obligatoire)	g
			Indication: _____		Poids: _____ kg
POUR LE PRODUIT SUIVANT UTILISEZ L'ORDONNANCE PRÉVUE À CET EFFET:					
PRODUIT		ORDONNANCE			
BERIPLEX		OIS-183			
CONSENTEMENT À LA TRANSFUSION <b>COMPLÉTÉ ET VALIDE</b> : <input checked="" type="checkbox"/>					
G-2247			Hôpital régional de Saint-Jérôme		

# S'il n'y a pas de coupon de cueillette dans votre établissement vous devez utiliser...

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides  
**Québec**  
290, rue De Montigny  
Saint-Jérôme, Qc J7Z 5T3



\* G X - 0 2 3 8 \*

	OUI	NON	INCONNU
Formation antérieure d'anticorps			
Transfusions antérieures			
Réactions transfusionnelles antérieures			
Nombre de grossesses			
Déficiences en IgA			

Quantité		
Culot globulaire		<input type="checkbox"/> Urgent / Stat <input type="checkbox"/> Compatibilité <input type="checkbox"/> Code 50 <input type="checkbox"/> Pré-op <input type="checkbox"/> Sang autologue Poids: _____
Plaquettes		
Plasma frais cong.		
Albumine 25%		
Albumine 5%		
IgIV (Diag. obligatoire)		
Autres		

Transfusions prévues le : \_\_\_\_\_  
 Diagnostic ou chirurgie : \_\_\_\_\_  
 Unité de soins : (Provenance de la prescription) \_\_\_\_\_

Signature du médecin (nom et prénom et n- de permis) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Vérifier l'identité du patient à l'aide du bracelet d'identification. Immédiatement après le prélèvement des échantillons sanguins, identifier les tubes et apposer vos initiales.

Lieu de prélèvement (Clinique, centre ou service de prélèvement) \_\_\_\_\_

Prélevé par (nom et prénom) \_\_\_\_\_ Date et heure \_\_\_\_\_

Signature du patient ou témoin \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Pour patient sans bracelet d'identification)

**Culot globulaire 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 \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

LA R  
D

ANG  
!

## Étape 4

### Transport d'un produit sanguin à l'intérieur de l'établissement

Vérifications à effectuer avec le technologiste de la banque de sang

Coupon de cueillette  
ou (OIS)

Demande de produits sanguins Québec		DOSSIER 12345
Date: 11/11/11	Heure: 10:00	TEST, TEST
Clinique ou service: 5 A		RAMQ
Médecin prescripteur: Lessard Marie-Claude		

Bordereau  
d'émission AH-223

Produit sanguin



# NE JAMAIS ÉCRIRE SUR UN PRODUIT SANGUIN

BERIPLEX	OIS-183
<b>CONSENTEMENT À LA TRANSFUSION COMPLÉTÉ ET VALIDÉ :</b> <input checked="" type="checkbox"/>	
G-2247	Hôpital régional de Saint-Jérôme



Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

## Étape 4

### Transport d'un produit sanguin à l'intérieur de l'établissement

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

FORMHôpital régional de Saint-Jérôme  
BORDEREAU D'EMISSION DE PRODUIT SANGUIN

No.00003260

No Bordereau : 1000018284

Réaction(s) transfusionnelle(s) antérieure(s) :  
Type(s)                      Produit(s)                      Date(s)

Dossier  
911911

MORIN ISABELLE (F)  
Apos  
Né(e) : 1880-01-01                      tère de détermination  
Médecin :  
Prescripteur : TARDIF, ERIC  
Destination : HURG URGENCE  
Mère :

Commentaire(s) :

Directives : SANG E nég / SANG Cv nég / SANG K nég / SANG Fyb nég / SANG Jka nég / COMPATIBILITE COMPLETE REQUISE

Code produit : E7962V00                      N° don : C000319521363C                      Apos  
Culot globu. AS-3 partiel, déleucocyté                      Séquence(s) : 1

Qualificatifs:  
Phénotype : E- Jka- K- Lua- Wra-  
Produit sans compatibilité

Aspect du produit : ASPECT NORMAL                      Volume :                      Date et heure de péremption: 2019-02-26 23:59  
Transfusion sans compatibilité autorisée par :  
Commentaire:

Émis par : MARSAN CINDHY CH                      (2019-02-06 15:57)                      Date et heure de l'émission: 2019-02-06 16:56

Remis à : [Signature]                      Date: 2019-02-06                      Heure: 13:00

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 associées aux directives
3	Groupe sanguin ABO/Rh (si applicable)	7	Aspect du produit et de son contenu
4	N°Don / Lot	8	Bracelet 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:                      / Début:                      /  
(Signature(s) transfuseur(s))                      (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			
		1/4	1/2	3/4	4/4
					mL

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

**BANQUE DE SANG**                      CONFIRMATION DE LA TRANSFUSION

No BL: 100003260                      Partie détachable à retourner à la BANQUE DE SANG dans les plus brefs délais  
Destination: HURG URGENCE                      CONFIRMATION DE LA TRANSFUSION  
Nom/MGRIN: MORIN                      Prénom: ISABELLE                      Dossier: 911911

Code produit : E7962V00                      No don : C0003 19 521363 C                      Séquence(s) : 1                      Groupe Sanguin du Produit                      Apos  
Culot globu. AS-3 partiel, déleucocyté

Compléter les données au moment de la transfusion

Date et heure de début	Date et heure de fin	Quantité totale administrée			
		1/4	1/2	3/4	4/4
					mL

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

RETOURNÉ:  Motif de rejet/retour: \_\_\_\_\_

Signature de fin de transfusion: \_\_\_\_\_

FORMHôpital régional de Saint-Jérôme

## Étape 4

### Transport d'un produit sanguin à l'intérieur de l'établissement

#### 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.
- Remettre le produit sanguin **directement** au transfuseur
- **Ne pas laisser le produit sanguin sans surveillance**
- **Ne jamais réfrigérer un produit sanguin au service demandeur**

## Étape 4

### Transport d'un produit sanguin à l'intérieur de 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.

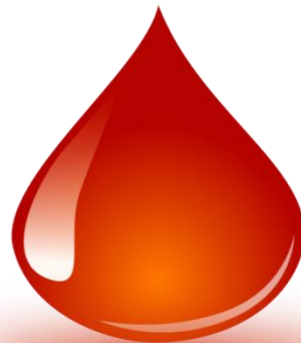
#### Si le contenant de produit sanguin est intact malgré un accident tel que le produit est tombé par terre durant le transport:

- Aviser le transfuseur de l'accident afin qu'il vérifie l'état du produit.

## Étape 4

### Transport d'un produit sanguin à l'intérieur de 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.



## Moment d'engagement





## Étape 5

# VÉRIFICATION PRÉTRANSFUSIONNELLE

LA VÉRIFICATION S'EFFECTUE  
AU CHEVET DE L'USAGER

Vérification à deux  
professionnels, dont  
le transfuseur!

FORMHôpital régional de Saint-Jérôme  
BORDEREAU D'EMISSION DE PRODUIT SANGUIN

No.00003260

No Bordereau : 1000018284

Réaction(s) transfusionnelle(s) antérieure(s) :  
Type(s) : \_\_\_\_\_

Date(s) : \_\_\_\_\_

Produit(s) : \_\_\_\_\_

Dossier :  
911911

MORIN ISABELLE (F)

Apos

Né(e) : 1880-01-01  
Médecin :  
Prescripteur : TARDIF, ERIC  
Destination : HURG URGENCE  
Mère : \_\_\_\_\_

Commentaire(s) : \_\_\_\_\_

Directives : SANG E nég / SANG Dv nég / SANG K nég / SANG Fyb nég / SANG Jka nég / COMPATIBILITÉ COMPLETE RECUEISE

Code produit : E7962V00  
N° don : C000319521363C

Culot globu. AS-3 partiel, déleucocyté  
Qualificatifs :  
Phénotype : E- Jka- K- Lua- Wra-  
Produit sans compatibilité

Aspect du produit : ASPECT NORMAL  
Transfusion sans compatibilité autorisée par : \_\_\_\_\_  
Date et heure de péremption : 2019-02-26 23:59  
(Hématologue ou médecin autorisé)

Émis par : MARSAN CINDHY CH (15:57)  
Remis à : \_\_\_\_\_ (2019-01-01) Heure : 13:00

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 péremption
2	Nom du produit	6	Qualificatifs du produit associées aux directives
3	Groupe sanguin ABORh (si applicable)	7	Aspect du produit et de son contenu
4	N°Don / Lot	8	Bracelet 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) : \_\_\_\_\_ Début : \_\_\_\_\_ Signature(s) vérificateur(s) : \_\_\_\_\_

Compléter les données au moment de la transfusion

Date et heure de début	Date et heure de fin	1/4	1/2	3/4	4/4	Quantité totale administrée
						mL

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

AN228 (rev 02/01)

BANQUE DE SANG

No BL : 00003260 Partie détachable à retourner à la BANQUE DE SANG dans les plus brefs délais  
Destination : HURG URGENCE  
Nom : MORIN Prénom : ISABELLE  
Code produit : E7962V00 No don : C000319521363C Dossier : 911911

Culot globu. AS-3 partiel, déleucocyté  
Séquence(s) : 1  
Groupe Sanguin du Produit : Apos

Compléter les données au moment de la transfusion

Date et heure de début	Date et heure de fin	1/4	1/2	3/4	4/4	Quantité totale administrée
						mL

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

RETOURNÉ :  Motif de rejet/retour : \_\_\_\_\_  
Signature de fin de transfusion : \_\_\_\_\_

FORMHôpital régional de Saint-Jérôme

## Étape 5

### Vérification prétransfusionnelle

Vous devez vous assurer d'avoir le bon usager avant de débuter l'administration du produit sanguin.

**La vérification s'effectue **au chevet** avec le BORDEREAU, le PRODUIT SANGUIN et l'USAGER.**

**EN CAS DE DIVERGENCE, NE PAS PROCÉDER À LA TRANSFUSION ET COMMUNIQUER SANS DÉLAI AVEC LA BANQUE DE SANG.**

## Chambre isolement

-Ne pas entrer un produit sanguin dans la chambre avant d'être **certain de le transfuser**



-Ne pas sortir le produit sanguin du sac de plastique avant d'être prêt à transfuser



B

## Étape 5

### Vérification prétransfusionnelle

Identifier les éléments 1 à 7 du bordereau de distribution de produit sanguin

**CHUMHôpital régional de Saint-Jérôme** No.00003290  
**BORDEREAU D'EMISSION DE PRODUIT SANGUIN**

No Bordereau : 1000018284  
Réaction(s) transfusionnelle(s) antérieure(s) :  
Type(s) : \_\_\_\_\_ Date(s) : \_\_\_\_\_  
Produit(s) : \_\_\_\_\_

Dossier : 911911  
Apos 3  
Né(e) : 1880-01-01  
Médecin :  
Prescripteur : TARDIF, ERIC  
Destination : HURG URGENCE  
Mère :  
Tém d'attribution

Commentaire(s) :  
Directives : SANG E nég / SANG Gw nég / SANG K nég / SANG Fyb nég / SANG Jta nég / COMPATIBILITE COMPLETE REQUISE

Code produit : E7962V00 N° don : C000319521363C  
Culot globu. AS-3 partiel, déleucocyté  
Qualificatif :  
Phénotype : E-Jka-K-Lua-Wra-  
Produit sans compatibilité

Aspect du produit : ASPECT NORMAL Volume : \_\_\_\_\_  
Date et heure de péremption : 2019-02-26 23:59  
Transfusion sans compatibilité autorisée par : \_\_\_\_\_ (hématologue ou médecin autorisé)  
Commentaire : \_\_\_\_\_

Émis par : MARSAN CINDHY (2019-02-06 15:57) Date et heure de l'émission : 2019-02-06 15:58  
Remis à : \_\_\_\_\_ Date : 2019-01-01 Heure : 13<sup>00</sup>

**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 associées aux directives
3	Groupe sanguin ABO/Rh (si applicable)	7	Aspect du produit et de son contenu
4	N°Don / Lot	8	Braçolet 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 : \_\_\_\_\_ Début : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Signature(s) transfuseur(s) : \_\_\_\_\_ 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
		1/4	1/2	3/4	4/4	

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

AN-238 (rev 02-01) BANQUE DE SANG F00310 (pour le CISSS de Saint-Jérôme)

Identifier les éléments 1 à 7 du bordereau de distribution de produit sanguin

## Étape 5

### Vérification prétransfusionnelle

#### Nom du produit

Culot globulaire  
Plasma congelé  
Plasma-  
aphérèse frais  
congelé  
Cryoprécipité  
Granulocytes  
par apherèse

#### Qualificatifs du produit associés aux directives

Produit irradié  
Produit  
phénotypé  
Plaquettes HLA  
compatible  
Anticorps  
Produit déficient  
en IgA

FORMHôpital régional de Saint-Jérôme  
BORDEREAU D'EMISSION DE PRODUIT SANGUIN

No.0003290

No Bordereau : 100018284  
Réaction(s) transfusionnelle(s) antérieure(s) :  
Type(s) : \_\_\_\_\_ Date(s) : \_\_\_\_\_

Dossier : 911911  
MORIN ISABELLE (F)  
Apos 3  
Né(e) : 1880-01-01  
Médecin : \_\_\_\_\_  
Prescripteur : TARDIF, ERIC  
Destination : HURG URGENCE  
Mère : \_\_\_\_\_

Commentaire(s) :  
Directives : SANG E.nég / SANG O.nég / SANG K.nég / SANG F.nég / SANG J.nég / COMPATIBILITÉ COMPLÈTE REQUISE

Code produit : E7962V00  
N° don : C000319521363C  
Culot globu. AS-3 partiel, éleucocyte  
Qualificatifs :  
Phénotype : E- Jka- K- ua- Wra-  
Produit sans compatibilité

Aspect du produit : ASPECT NORMAL  
Transfusion sans compatibilité autorisée par : \_\_\_\_\_  
Commentaire : \_\_\_\_\_

Émis par : MARSAN CINDHY (2019-02-06 15:57)  
Remis à : \_\_\_\_\_ Date: 2019-01-01 Heure: 13:00

VERIFICATIONS 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	Braçolet 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) : \_\_\_\_\_ 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			
		1/4	1/2	3/4	4/4
					mL

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

AN-238 (rev. 0-21) BANQUE DE SANG FORMHôpital régional de Saint-Jérôme

#### Identification de l'utilisateur

#### Groupe sanguin

Si le groupe sanguin  
du receveur (3) est  
différent de celui du  
donneur (4), vérifier la  
compatibilité ABO Rh.

#### Date et heure de péremption

#### No Don

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
des Laurentides

## Étape 5

### Vérification prétransfusionnelle

#### Qualificatifs du produit associés aux directives

- Si le groupe sanguin du receveur est différent de celui du donneur, vérifier la compatibilité ABO Rh.
- Si une **directive** est inscrite sur le bordereau d'émission, on doit retrouver ce **qualificatif** correspondant **sur le produit à transfuser**. Par ailleurs, un produit comportant des qualificatifs peut être administré à un usager sans qu'une directive n'y soit associée.
- Si un **phénotype** est inscrit dans la **directive**, on doit nécessairement le retrouver **inscrit sur un carton attaché au produit à transfuser**. Par ailleurs, un produit comportant un phénotype peut être administré à un receveur sans qu'une directive n'y soit associée.

The image shows two forms related to blood transfusion. The top form is a 'BORDEREAU D'ÉMISSION DE PRODUIT SANGUIN' (Blood Product Issuance Form) from the 'FORMHôpital régional de Saint-Jérôme'. It contains patient information (MORIN ISABELLE (F)), product details (Erythrocyte concentrate, AS-3 partial), and a directive: 'COMPATIBILITE COMPLETE REQUISE'. The bottom form is a 'BORDEREAU DE VERIFICATION DES CONCORDANCES' (Concordance Verification Form) with a table for checking concordances and a section for 'L'IDENTIFICATION DU RECEVEUR NE DOIT DONNER LIEU A AUCUNE ÉQUIVOQUE' (Receiver identification must not lead to any ambiguity).

# Étape 5

## Vérification prétransfusionnelle







## Moment d'engagement



## Étape 6

### ADMINISTRATION D'UN PRODUIT SANGUIN

#### Avant de débiter l'administration :

- Tubulure avec filtre de **170 à 260 microns** requise pour tous les produits sanguins labiles (culot, plaquettes, plasma, cryoprécipités). Utiliser la tubulure selon les indications du fabricant;

#### NE PAS PRESSER LA CHAMBRE DU FILTRE

- Tubulure de pompe régulière ventilée pour albumine, IgIV et Beriplex;

## Étape 6

### Administration d'un produit sanguin

Information sur la vitesse d'administration pour culot, plaquettes, plasma et cryoprécipités:

- **L'ordonnance médicale prévaut toujours pour la vitesse d'administration d'un produit sanguin.**
- En l'absence d'ordonnance indiquant les débits d'administration, se référer aux procédures en vigueur.

***Vous devez noter  
la vitesse  
d'administration  
dans votre note  
d'évolution***



**IMPORTANT**

## Étape 6

### Administration d'un produit sanguin

À quel moment prendre les signes vitaux pour les produits sanguins labiles et l'albumine?

(Température, pression artérielle, pouls, fréquence respiratoire et saturation)

1. Avant l'obtention du produit sanguin et au plus tard avant de connecter la tubulure au produit sanguin.
2. 15 minutes après le début
3. Mi- transfusion
4. Fin de transfusion
5. 30 minutes après la fin

### IMPORTANT

Si plusieurs augmentations de débit, reprendre avant chaque variation du débit. **Attendre 30 minutes entre chaque transfusion.**

## Étape 6

### Administration d'un produit sanguin

#### DÉBUTER L'ADMINISTRATION DANS LES 30 MINUTES SUIVANT L'HEURE D'ÉMISSION DU PRODUIT SANGUIN

- Durée maximum d'administration pour produit sanguin labile : **4 heures** après l'émission du produit.
- Le receveur doit-il demeurer sur l'unité de soins le temps de la transfusion? **OUI**
- **Le receveur doit demeurer à l'unité de soins :**
  - Si le receveur doit **quitter l'unité** de soins pendant la transfusion pour une raison clinique ou un examen, il doit être accompagné **d'un transfuseur** en tout temps.

## Étape 7

# FIN DE LA TRANSFUSION

Retour des bordereaux et des sacs vides à la banque de sang:

- Toujours remplir complètement le bordereau de transfusion

**BANQUE DE SANG** FORMHôpital régional de Saint-Jérôme

Partie détachable à retourner à la BANQUE DE SANG dans les plus brefs délais

Destination : URGENCE CONFIRMATION DE LA TRANSFUSION

Nom: MORIN Prénom: ISABELLE Dossier: 911911

Code produit : No don:

E7962v00 C0003 19 521363 C

Culot global AS (partiel décongétable) Sérum (ca) Plasma (ca) Sang (ca) Apos

Compléter les données au moment de la transfusion

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

RÉACTION TRANSFUSIONNELLE:  Non  Oui (suivre la procédure de gestion des transfusions)

REPOURNE:  Moutil de rejet/retour.

Signature de fin de transfusion: \_\_\_\_\_

« Ziploc » ) et retourner-le au laboratoire.

## Étape 7

### Fin de la transfusion

#### Notification du receveur - Avis de transfusion:

- Les usagers (**urgence, bloc opératoire et hospitalisés**) ayant reçu des produits sanguins doivent recevoir une lettre leur signifiant qu'ils ont reçu des produits sanguins au cours de leur séjour à l'hôpital;
- La banque de sang vous acheminera la lettre que vous remettrez à l'usager lors de la distribution des produits sanguins destinés à l'usager
- Il est **important** de noter dans les notes d'observations que vous avez distribué cette lettre à l'usager;
- Si usager décédé, retourner la lettre à la banque de sang avec la mention «usager décédé».





## Étape 7

### Fin de la transfusion

#### À consigner obligatoirement

- Heure de début et fin de la transfusion;
- Type de produit et volume transfusé;
- Vitesse d'administration;
- Signes vitaux; évaluation clinique
- Équipement utilisé;
- Notification du receveur\* (copie dossier)

## Moment d'engagement



## Réaction transfusionnelle

- Manifestation clinique ou biologique qui apparaît **pendant** ou **après la transfusion** et n'étant pas expliquée par la condition de santé de base de l'usager;
- Peut survenir pendant ou jusqu'à plusieurs jours suivant la transfusion, mais **surveillance accrue** dans les **4 heures** suivant la transfusion.

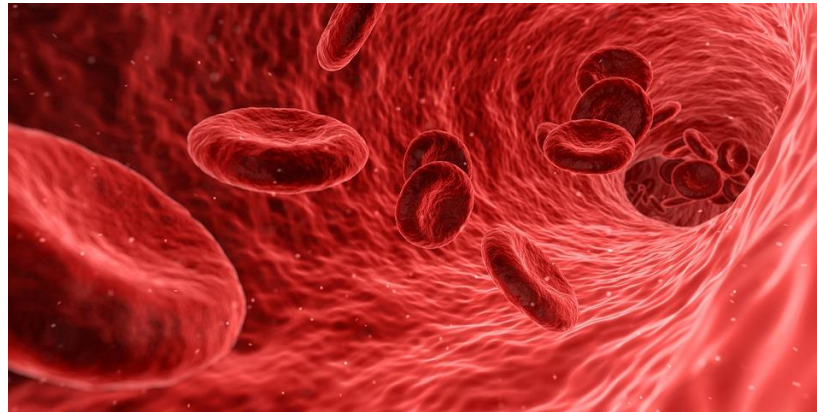



Image: google sans auteur

## Réaction transfusionnelle

### Les manifestations immédiates ou retardées sont :

- Fièvre
- Frissons / tremblements
- Hypotension ou hypertension
- Dyspnée
- Prurit / urticaire / érythème
- Malaise général
- Céphalées   
attention particulière lors de  
l'administration d'immunoglobulines
- Nausées / vomissements
- Tachycardie
- Douleurs :
  - Thoraciques
  - Lombaires
  - Dorsales
- Syndrome hémorragique diffus
- Urine foncée
- Choc anaphylactique

Tout nouveau symptôme absent avant le début de la transfusion de produits sanguins et qui se manifeste durant ou **jusqu'à 4 heures** après la fin de la transfusion.



## Réaction transfusionnelle Conduite à tenir

- **Interrompre** immédiatement la transfusion/administration;
- Demander de l'**aide** si le receveur est instable
- Maintenir la **veine ouverte** avec le soluté primaire
- Reprendre les **signes vitaux** (pression artérielle, pouls, fréquence respiratoire, température et saturation) toutes les 15 minutes jusqu'à stabilisation ou selon les directives médicales
- **Vérifier les concordances** entre le bordereau d'émission, le receveur et le produit sanguin
- Aviser le **médecin**, valider l'arrêt ou la poursuite de la transfusion/administration;

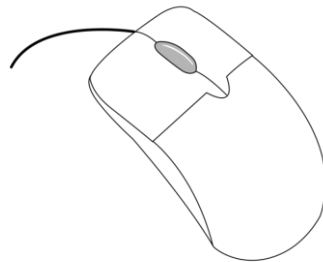


## Réaction transfusionnelle Conduite à tenir

Si le médecin vous mentionne de vous référer à la **procédure** vous devez suivre les indications de:

- **L'annexe A** de la **MÉTHODE SE SOINS** Ligne de conduite lors d'une réaction transfusionnelle.

[Ligne de conduite lors d'une réaction transfusionnelle](#)





## Réaction transfusionnelle

### Conduite à tenir

- Aviser la **banque de sang** de la réaction transfusionnelle
- Effectuer les **prélèvements** requis et compléter le **formulaire de déclaration** d'événement indésirable associé à la transfusion (AH-520)
- **Retourner** à la banque de sang
  - ✓ le produit sanguin dans un sac de plastique
  - ✓ la partie détachable du bordereau complétée
  - ✓ le formulaire AH-520 complété (l'original reste au dossier)
  - ✓ les spécimens/requêtes (s'il y a lieu).

# Réaction transfusionnelle

## Formulaire AH-520

Conserver la copie originale au dossier et acheminer une des copies à la banque de sang

Bien documenter chacune des sections

082476

**DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ À LA TRANSFUSION**

070900

082476

Section 1 – Identification de l'utilisateur

Section 2 – Événement

Section 3 – Réserve à la banque de sang

Section 4 – Erreur de procédure transfusionnelle ou dérogation aux normes (cocher la case et préciser plus bas)

Section 5 – Produit(s) incriminé(s)

Section 6 – Réaction transfusionnelle

Section 7 – Mesures prises

Personnes avisées

Déclarant

DÉCLARATION D'ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ À LA TRANSFUSION

DOSSIER DE L'USAGER



## Réaction transfusionnelle Déclaration

- Les réactions transfusionnelles sévères sont déclarées à Héma-Québec et à Santé Canada;
- Toutes les enquêtes de réactions transfusionnelles vont dans le dossier de l'utilisateur et au ministère;
- Importance de déclarer, car amélioration des produits sanguins et des processus.

# INFO-Protocole de transfusion massive (PTM)

- **Définition**: Libération par la banque de sang de produits sanguins à toutes les 30 minutes.
- **Objectif**: Rétablir et maintenir la volémie ainsi que les propriétés hémostatiques et oxyphoniques du sang en situation d'hémorragie grave.
- **Services visés** ; Urgence, Soins intensifs, Bloc opératoire, Unité des naissances, Soins regroupés (CHL), Complexe mère-enfant (CHL)
- Une formation sur le PTM est disponible pour les services visés. Au besoin, discutez avec votre chef de service sur la **pertinence** de recevoir cette formation.

# Moment d'engagement





## Questions Quiz

1) Lors de la prise des signes vitaux durant la transfusion la température de madame Morin est de 37.0 ° C rectale. Elle vous avise qu'elle a des frissons importants. Que faites-vous ?

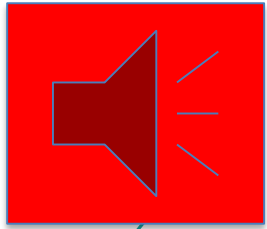
**Interrompre immédiatement la transfusion et suivre la ligne de conduite lors d'une réaction transfusionnelle.**



## Questions Quiz

2) Doit-il y avoir un code 50 valide pour obtenir de l'albumine 25 % à la banque de sang? **NON**

3) Lors d'une réaction transfusionnelle ne nécessitant aucune analyse ou aucun examen, comme l'urticaire, devez-vous remplir une AH-520? **OUI**



## Sondage obligatoire – évaluation des compétences suite à cette formation

Afin d'être certifiés pour effectuer l'administration de produits sanguins, vous devez **obligatoirement** compléter le sondage dont le lien vous a été transmis dans le document:

Complément d'information à l'orientation à l'embauche  
(sondage médecine transfusionnelle)



Votre nom se retrouvera donc dans le fichier de suivi du personnel formé en médecine transfusionnelle

## Saviez-vous que ?

Depuis janvier 2020 la recertification de vos compétences en médecine transfusionnelle est obligatoire **à chaque 3 ans !**

Donc, dans 3 ans, vous devrez refaire une petite formation (disponible dans l'intranet du CISSS des Laurentides) sur les bases importantes en médecine transfusionnelle et vous aurez une dizaine de questions à compléter.

Cette mesure vise à s'assurer que vos compétences sont à jour et que vous continuez à donner des soins transfusionnels sécuritaires pour nos usagers. Elle nous permet également de rester conforme aux normes très strictes de médecine transfusionnelle qui exigent du personnel compétent, formé et évalué périodiquement.

Merci de votre future participation !

**Merci!**  
**Êtes-vous prêt?**

Si vous avez des questions, contacter la  
chargée clinique de sécurité transfusionnelle  
pour le CISSS des Laurentides au poste  
**22613.**



## Références

- Méthode de soins informatisé (MSI)
- Association canadienne de normalisation (2020). *Norme nationale du Canada, CAN/CSA-Z-902-20 - Sang et produits sanguins labiles*. Ottawa, Canada.
- Société canadienne de médecine transfusionnelle (2017). *Normes pour services transfusionnels en milieu hospitalier*. Ottawa, Canada : Société canadienne de médecine transfusionnelle.