

RÉFÉRENTIEL POUR L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES (EPP) EN TRANSFUSION SANGUINE

Objectif du document proposé : Mettre à disposition des professionnels des établissements de santé un outil répondant aux exigences de la procédure de certification HAS V2010 (version avril 2011) en matière de gestion des risques (critères 8.d et 8.f), de sécurité transfusionnelle (critère 8.j) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (critères 28.a, 28.b et 28.c).

Établissement ou service évalué :

Date de l'évaluation :

Responsable de l'évaluation :

Personnes réalisant l'évaluation :

Personnes rencontrées :

Nombre de dossiers examinés :

Structuration du référentiel selon les étapes du processus transfusionnel :

1. Indication transfusionnelle et prescriptions, 2. Transport du PSL, 3. Réception des PSL et TS, 4. Suivi et information

Système de cotation des réponses : Système utilisé dans le cadre de la certification HAS V2010

A	Réalisé	B	Réalisé en grande partie	C	Partiellement réalisé	D	Non réalisé
----------	---------	----------	--------------------------	----------	-----------------------	----------	-------------

(1) Les cotations de type C ou D préparent le plan d'action en réduction de risques à venir. Si la cotation de type A ou D ne pose généralement pas de difficulté, celles de type B ou C peut donner lieu à débat. Dans ce cas, l'existence d'un risque résiduel en termes de non-satisfaction du besoin, d'insécurité ou d'impact économique négatif fera opter pour une cotation C.

Conception du référentiel	Effectuée à partir des données issues d'une analyse des modes de défaillance et de leurs effets du processus transfusionnel (AMDE) B.Lassale (AP-HMarseille) et P.Roussel (INTS)
Relecture	H.Guezec (CHU, Rennes), M.Besse Moreau (CRH, Limousin, M-F Angelini-Tibert (CRH, La Réunion), D.Taverne (CRH, Rhône-Alpes), C.trophilme (AP-HParis), V.Lovi (CH, Roubaix et Toucoing), J.Ragni (AP-HMarseille)
Modalités d'utilisation	EPP dans le cadre d'un site hospitalier, d'un pôle d'activités ou service repéré par des indicateurs (transfusions nocturnes, taux de destruction de PSL, survenue d'incidents de grade 0 ou d'incidents grave, etc.), de façon complète ou ciblée sur un segment du processus transfusionnel.
Révision	Sur la base de la révision annuelle de l'AMDE, de l'évolution des exigences en matière de transfusion sanguine et/ou d'EPP, du retour d'expérience issu des utilisateurs de ce document.

RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION Etape 1 : « Indication transfusionnelle et prescriptions »

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre	
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation			
					A	B	C	D
1	Méd.	Poser l'indication de la transfusion de PSL en situation d'urgence vitale immédiate (UVI) ou d'urgence vitale (UV).	1.1. Le besoin transfusionnel du patient est systématiquement évalué.	<ul style="list-style-type: none"> . Audit des dossiers médicaux . Utilisation de protocoles issus des sociétés savantes et/ou de recommandations de pratique clinique (Afssaps, HAS, etc.) . Utilisation de protocoles existants définis par le service . Utilisation des données para-cliniques disponibles, de matériel de biologie délocalisée (en bloc opératoire et salle de réveil) . Collégialité de la décision (hors situation d'urgence) 				
			1.2. Une évaluation de type bénéfice-risque est systématique effectuée et tracée.	<ul style="list-style-type: none"> . Actions d'information et de formation des personnels médicaux . Rappel de l'obligation (dans le cadre d'un dossier informatisé) . Audit de tenue des dossiers médicaux 				
		Poser l'indication de la transfusion de PSL de façon anticipée (prescription prévisionnelle, essentiellement en consultation d'anesthésie préopératoire, voire en transfusion ambulatoire) ¹⁻²	1.3. La prescription prévisionnelle de bilan biologique et/ou de PSL est pertinente.	<ul style="list-style-type: none"> . Protocole organisant la délégation de l'acte entre médecins prescripteurs et transfuseurs . Vérification du dossier transfusionnel en consultation d'anesthésie ou lors de la planification d'une transfusion ambulatoire (résultats biologiques, double de 				

¹ L'équipe médicale qui reçoit le patient vérifiera si celui-ci a bénéficié d'un programme de transfusion autologue programmée. Ce qui signifie que les ordonnances devront mentionner la délivrance de produits sanguins autologues par l'ETS ou le dépôt de sang.

² Sous réserve d'autorisation de cette pratique par l'ETS ou le dépôt de sang.

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B	C	D	
				l'ordonnance) . Audit des dossiers médicaux (confrontation des ordonnances et du contexte clinique)					
			1.4. La prescription prévisionnelle est soigneusement conservée de façon à prévenir sa perte.	. Vérification du dossier transfusionnel en CS d'anesthésie ou lors de la planification d'une transfusion ambulatoire (contenant résultats biologiques et double de l'ordonnance) . Suivi de la tenue des dossiers transfusionnels					
2	Méd.	Informer le patient (si son état le permet) ou à la personne de confiance désignée ou son représentant légal.	2.1. Le patient ou la personne de confiance désignée ou son représentant légal sont oralement informés sur l'éventualité d'une transfusion (hors dérogations³).	. Rappel de cette obligation (CME, CSTH, direction des affaires juridique) . Formation à cette obligation . Check liste . Recherche d'un interprète en cas de barrière de langue					
			2.2. Un document d'information est remis et commenté.	. Existence d'un document d'information institutionnel					
			2.3. L'obtention du consentement est recherchée.	. Audits de tenue de dossiers médicaux					
			2.4. Un refus de transfusion est géré de façon pertinente.	. Proposition d'une alternative à la transfusion dans la mesure du possible (EPO, fer...) . Systématiser la traçabilité de la personne de confiance (pour aide de l'équipe médicale en cas de besoin) . Connaissance de la réglementation en vigueur. (transfusion en contexte de risque vital avec rapport					

³ Urgence absolue, impossibilité d'informer le patient (ou sa famille) (avec dans ces deux cas l'obligation d'information a posteriori), refus de soins, refus du patient d'être informé.

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B	C	D	
				circonstancié du médecin)					
			2.5. Les actions relatives à l'information du patient sont tracées dans le dossier transfusionnel et/ou médical (qu'il y ait ou non refus de transfusion).	. Audits de tenue de dossiers médicaux					
3	Méd.	Prescrire le bilan immuno-hématologique en vue de la transfusion ⁴ . NB: Ce bilan peut déjà exister pour tout ou partie.	3.1. La recherche d'un bilan préexistant est systématiquement effectuée.	. Consultation du dossier transfusionnel (papier ou informatique) d'un patient connu . A défaut, appel systématique de l'ETS ou du dépôt par le médecin pour connaître l'état du bilan (avec adaptation de la prescription en conséquence)					
			3.2. Les prescriptions biologiques sont systématiquement écrites.	. Audit de dossiers (par croisement des parties médicales et transfusionnelles)					
			3.3. La prescription du bilan biologique est anticipée en tant que de besoin.	. Protocole de service relatif aux patients entrants . Suivi des bilans biologiques effectués en urgence					
			3.4. La prescription du bilan biologique : - comporte l'identité précise du patient, l'identité de l'ES, du service, du prescripteur (nom et signature), la date et heure de prescription, - précise le contexte transfusionnel (pathologie et	. Actions d'information (partie « prescription » du GBEA) . Audit des prescriptions . Suivi par pôles ou unités de soins des non conformités (bloquantes ou non bloquantes) par l'ETS ou le LABM . Suivi des fiches d'incidents graves (FIG) . Suivi des déclarations					

⁴ La recommandation relative à la réalisation d'examens sérologiques pré et post-transfusionnels (Circulaire DGS/DH n°609 du 01/10/96) est abrogée par la Circulaire n°D6C/DHOS/SD3/2006/11 du 11/01/06)

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B	C	D	
			antécédents).	d'incidents de grade 0					
4	IDE Sage F. Méd.	Réaliser le prélèvement biologique destiné au bilan immuno-hématologique	4.1. Le contrôle d'identité est systématiquement effectué avant prélèvement.	. Actions d'information . Check liste					
			4.2. Le défaut d'identification du patient (erreur d'étiquette ou de retranscription manuscrite) fait l'objet d'un suivi.	. Suivi des fiches d'incidents graves (FIG) . Analyse des évènements indésirables par la cellule HV/GDR (avec diffusion des résultats lors d'actions de formation)					
			4.3. L'identification du patient (nom de jeune fille, ensemble des prénoms, date de naissance, etc.) est complète.	. Protocole ES/ETS pour l'actualisation des données d'identitovigilance . Suivi par pôles ou unités de soins des non conformités (suivi des prescriptions) et des FIG					
			4.4. Les tubes sont identifiés (par étiquette) en présence du malade.	. Rappels relatifs à l'interdiction de l'étiquetage anticipé des tubes avant prélèvement (GBEA) . Suivi par pôles ou unités de soins des non conformités (arrêt par le laboratoire en cas d'historique disponible) . Audit de pertinence des pratiques de prélèvement					
			4.5. La règle des 2 prélèvements indépendants effectués à 2 temps différents par 2 préleveurs distincts si possible est respectée.	. Suivi par pôles ou unités de soins des non conformités (blocage de la délivrance de PSL par le dépôt ou l'ETS face à une seule détermination)					
			4.6. Les prélèvements sont adaptés (choix des tubes et contenu).	. Suivi par pôles ou unités de soins des non conformités					

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B	C	D	
			4.7. L'information administrative est pertinente (heure du prélèvement, voire identification du préleveur) ⁵⁻⁶	. Suivi par pôles ou unités de soins des non conformités					
5	IDE, Sage F. AS, Cours.	Transférer les prélèvements biologiques et documents associés vers le laboratoire de réalisation des examens d'immuno-hématologie (ETS, dépôt attributeur en ES, laboratoire polyvalent d'un ES ou LABM externalisé hors ES)	5.1. L'absence ou le retard de transmission des tubes et/ou prescriptions sont prévenus (en circuit interne avec laboratoire, dépôt attributeur ou ETS au sein de l'ES)	. Mise en place d'une procédure de transport conforme aux bonnes pratiques . Formations des personnels concernés (dont les nouveaux entrants) . Convention précise en cas de délégation de recours à prestataire externe (avec suivi périodique organisé des non conformités et réactivité adaptée)					
			5.2. L'absence ou le retard de transmission des tubes et/ou prescriptions sont prévenus (en externalisation de la biologie immuno-hématologique)	. Convention précise en cas de délégation de recours à prestataire externe (avec suivi périodique organisé des non conformités et réactivité adaptée) . Suivi par pôles ou unités de soins des retards à l'obtention des PSL					
			5.3. Les emballages et contenants utilisés sont conformes (réglementation, demandes de l'ETS, etc.).	. Procédures . Suivi des non conformités notifiés par le laboratoire réceptionnant les prélèvements					
6	Méd.	Prescrire les PSL (homologues ou autologues) ⁷	6.1. Les prescriptions de PSL sont systématiquement écrites.	. Rappel des obligations de chacun des acteurs de l'acte transfusionnel (via CME, CSTH, DSI, direction des affaires juridique) . Rédaction et signature des prescriptions de PSL par les seuls médecins . Audit de conformité des					

⁵ En l'absence d'indications relatives à la date et heure de deux prélèvements arrivant ensemble, le laboratoire ne pourra valider un groupe sanguin conformément à la réglementation (Circulaire du 15/12/03).

⁶ L'absence de date est bloquante.

⁷ En fractionnant les commandes en fonction des besoins du patient (afin d'éviter une conservation des PSL dans l'unité de soins) (C. 15/12/03, fiche 3).

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B	C	D	
				ordonnances . Suivi des non conformités (voire refus de l'ETS ou du dépôt de délivrer des PSL)					
			6.2. L'interdiction de prescription orale retranscrite par l'IDE ou la sage femme (code de la santé publique) est respectée.	. Rappel administratif aux IDE et SF de refuser la retranscription d'une prescription orale (engagement de responsabilité) . Audit de pratiques . Analyse des incidents de GO					
			6.3. Les non conformités de prescription font l'objet d'un suivi. ^{8_9}	. Contrôle de la prescription avant le départ de l'unité de soins (IDE, sage femme, etc.) . Suivi des non conformités (via ETS ou dépôt de sang) . Voir audit de pratiques ciblé sur certaines unités de soins					
7	AS ASHQ Cours.	Transférer vers le dépôt ou l'ETS (physiquement ou par informatique) les prescriptions de PSL et documents associés	7.1. La transmission des prescriptions de PSL et/ou des résultats d'examens (ou des prélèvements en cas d'examens non déjà effectués) est fonctionnelle.	. Suivi et analyse des non conformités (plaintes de l'ETS ou du dépôt de sang en matière de transmission, évolution de TS prévue en routine en urgence vitale) . Actions correctives mise en œuvre					

⁸ **Non conformités bloquantes** : absence ou défaut d'identité du patient, absence ou défaut d'identité du prescripteur (nom et signature), défaut relatif aux PSL (nature, nombre), défaut de renseignements complémentaires (1. pour les plaquettes : poids du patient, numération plaquettaire, 2. pour le plasma : respect des indications de l'arrêt du 03/12/91), défaut de date et/ou heure prévue de transfusion (y compris la mention d'urgence)

⁹ **Non conformités non bloquantes** : défaut de date et/ou d'heure de prescription, défaut d'identité de l'ES et/ou de l'unité de soins, défaut d'indication sur le contexte transfusionnel (pathologie et antécédents), ...

RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION Etape 2 : « Transport des PSL »

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B		C	D
9		Transférer vers l'unité de soins les PSL délivrés	9.1 Le recours éventuel à prestataire externe est maîtrisé.	. Cahier des charges . Procédures . Evaluation des prestations					
			9.2 Le transport de PSL fait l'objet d'un suivi (qu'il s'agisse d'un prestataire externe ou d'un transport interne à l'ES)	. Contrôle à réception dans l'unité de soins (heure d'arrivée, identité du patient et du service) . Suivi et analyse des non conformités (erreurs de destination, retards, etc.) . Suivi des incidents transfusionnels (grade 0) . Tenue à jour de la signalétique interne					

RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION Etape 3 : « Réception des PSL et transfusion sanguine »

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B		C	D
10	IDE Sage F. Méd.	Réceptionner les PSL dans l'établissement et/ou l'unité de soins et procéder au contrôle de conformité ¹⁰	10.1. Les modalités de contrôle des PSL à réception (conformité du contenant par rapport au PSL et pour chaque malade, conformité de l'identité entre ordonnance, FD et colis reçus, intégrité, aspect et date de péremption des poches) sont respectées.	<ul style="list-style-type: none"> . Check liste institutionnelle . Déclaration des non conformités par l'ES vers l'ETS ou le dépôt de sang . Audit des pratiques . Suivi des incidents transfusionnels (grade 0) 					
11	IDE Sage F. Méd.	Transfuser immédiatement les PSL.	11.1. En cas de non utilisation immédiate, les PSL sont conservés à température ambiante ou dans leurs contenants de livraison (ceci dans la limite des délais autorisés de 6 heures)¹¹.	<ul style="list-style-type: none"> . Procédure précisant les modalités de mise en attente d'un PSL après réception en fonction du contexte local (climat, locaux, activité) ou de retour vers l'ETS pour destruction . Audit des pratiques . Suivi des incidents transfusionnels (grade 0) 					
12	IDE Sage F. Méd.	Préparer la transfusion selon les temps suivants : 1. Planifier la transfusion ¹²	12.1. La transfusion à effectuer est prise en compte dans la planification des soins.	<ul style="list-style-type: none"> . Système de planification des soins . Procédure de prise en charge transfusionnelle en dehors des heures ouvrables . Assurance de disponibilité du personnel concerné (IDE, sage femme, médecin¹³) . Adoption dès ce stade d'un système indiquant de ne pas déranger l'IDE /Sage femme dans sa tâche jusqu'au début de la transfusion (étapes 14, 15 et début de 16) (gilet fluorescent par ex) 					

¹⁰ Il convient de transfuser dans les meilleurs délais après réception, sans dépasser le délai de 6 heures (C. 15/12/03, fiche 3).

¹¹ Le placement de PSL dans le réfrigérateur du service est une pratique déconseillée car potentiellement dangereuse (réfrigérateur non qualifié pour cette conservation, risque thermique, oubli du PSL).

¹² Eviter autant que possible les transfusions non urgentes en situation de vulnérabilité (nuit, effectif réduit, personnel non encore formé, etc.)

¹³ Si le médecin délègue l'acte transfusionnel, il n'est pas exonéré de la nécessité de pouvoir intervenir à tout moment.

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B		C	D
		2. Disposer du matériel spécifique . transfuseur adapté (ex : transfuseur de précision en pratique pédiatrique) . cartes de contrôle ultime	12.2. Une vérification du matériel disponible est effectuée lors de la planification.	. Suivi des stocks et approvisionnements dans l'ES ou le service . Suivi des non conformités (si matériel fourni par ETS ou dépôt de sang)					
		3. Vérifier le caractère complet du dossier transfusionnel ¹⁴	12.3 L'ES dispose d'un dossier transfusionnel unique.	. Dossier transfusionnel partagé (papier ou informatisé) . En cas de dossier informatisé, existence d'échanges sécurisés pour les résultats d'IHR et la délivrance des PSL . Procédure de fusion (réservée aux seules personnes habilitées)					
			12.4 Le dossier transfusionnel est complet.	. Audit de dossiers (évaluation de la tenue à jour au fur et à mesure des informations reçues) . Procédure relative au transfert du dossier selon le parcours du patient (en l'absence d'informatisation)					
		4. Vérifier la présence d'un charriot d'urgence adapté et disponible	12.5 La transfusion est effectuée avec un chariot d'urgence conforme et accessible.	. Check liste des vérifications et maintenance périodiques du charriot . Formation à l'urgence . Suivi des incidents transfusionnel graves					
		5. Vérifier l'existence d'une voie veineuse adaptée ¹⁵	12.6. Une vérification préalable de l'abord veineux est effectuée en vue d'une transfusion.	. Evaluation systématique des abords vasculaires chez les polytransfusés itératifs (pose de sites) . Suivi par unité du taux de destruction des PSL homologues délivrés					
		6. Vérifier (et tracer) les paramètres vitaux (pouls, TA, temp.)	12.7. Les paramètres vitaux sont contrôlés et tracés.	. Check-list . Feuille de surveillance transfusionnelle . Audit de dossiers					

¹⁴ Le dossier transfusionnel doit comprendre au minimum les documents de groupage sanguin valides et le résultat de la RAI en cours de validité.

¹⁵ En pratique gériatrique, il convient de poser la voie d'abord avant de commander les PSL, ceci pour ne pas être amené à détruire un PSL en cas de problème de ponction.

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B		C	D
13	IDE Sage F. Méd.	En présence du patient et pour chacune des unités à transfuser au rythme de leur pose, procéder successivement : 1. au contrôle ultime de concordance pour tous les PSL (identité) entre le patient, le produit et les documents (étape 1) ¹⁶	13.1. Une vérification d'identité du receveur est effectuée pour tous types PSL à transfuser	. Check liste . Procédure écrite relatif à l'acte transfusionnel . Audit de pratique . Suivi et analyse des incidents					
		2. au contrôle ultime de compatibilité du patient et du produit (en cas de CGR et pour chacun d'eux) (étape 2) ¹⁷	13.2. Une vérification de la compatibilité ABO du patient et de chacun des CGR est systématiquement effectuée, quelque soit la notion d'urgence.	. Formation périodique au contrôle ultime . Check liste . Procédure écrite relatif à l'acte transfusionnel . Audit de pratique . Suivi et analyse des incidents					

¹⁶ **Effectué par la même personne, le contrôle ultime de concordance concerne (C. 15/12/03, fiche 4) :**

- La vérification de l'identité du receveur (Demander au patient de décliner son identité, chaque fois que cela est possible. A défaut, la procédure d'identification du patient, mise en place par l'établissement de santé ou dans le centre de santé de l'ETS, permet de relier différents documents au patient, même si l'identité est incomplète, approximative ou lorsque l'anonymat est souhaité.
- La concordance de l'identité du receveur avec celle mentionnée sur les documents suivants : prescription médicale de PSL, fiche de distribution nominative, document(s) de groupage sanguin avec le résultat de la recherche d'anticorps anti-érythrocytaires, et éventuellement l'étiquette complémentaire de compatibilité, solidaire du PSL..
- La concordance du groupe sanguin mentionné sur le document de groupage, la fiche de distribution nominative et l'étiquette du PSL.
- La concordance des données d'identification du PSL portées sur l'étiquette et sur la fiche de distribution nominative (type de PSL, numéro d'identification à 11 caractères, groupage, qualificatifs).
- La date de péremption du PSL.
- La conformité des règles transfusionnelles spécifiques au patient (ou protocoles transfusionnels).

¹⁷ **Le contrôle ultime de compatibilité doit être effectué par la même personne au lit du patient pour la transfusion de CGR homologues ou autologues** (la transfusion autologue ne dispensant pas de la réalisation du contrôle ultime ABO) à partir du sang du patient et des globules rouges de la poche à transfuser. Ceci à l'aide du dispositif de contrôle ultime de compatibilité selon les modalités suivantes (C. 15/12/03, fiche 4) :

- Un dispositif de contrôle ultime de compatibilité vérifié (aspect, intégrité, date de péremption).
- Une réalisation établie sur la base d'un protocole spécifique à l'établissement de santé ou au centre de santé de l'ETS.
- Un dispositif de contrôle comportant sur les parties prévues à cet effet l'identité du patient, l'identité de l'opérateur, l'identification du CGR, les résultats de la compatibilité immunologique entre le patient et le CGR, suivis de l'interprétation vis-à-vis de la décision transfusionnelle.

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B		C	D
14	IDE Sage F. Méd.	Procéder à la transfusion sanguine (sur un patient allongé) 1. en informant le patient sur le déroulement de la transfusion (hors urgence vitale ou coma)	14.1. Le patient est systématiquement informé du déroulement de la transfusion et de sa surveillance par le personnel assurant l'acte transfusionnel (notamment lors des premières transfusions)	. Recherche d'un interprète en cas de barrière de langue . Check-list . Guide bonnes pratiques ou procédures validées					
		2. en posant puis en surveillant la transfusion ¹⁸ et en assurant les gestes essentiels immédiats en cas de survenue d'évènement indésirable ¹⁹	14.2. La surveillance de la transfusion est effectivement réalisée (surveillance continue au lit du malade durant les 15 premières minutes, puis surveillance ultérieure régulière, avec médecin joignable)	. Appel à professionnel plus expérimenté en cas de difficulté de ponction veineuse (hématome, absence de reflux dans la tubulure) . Check liste (traçabilité des données issues de la surveillance) . Guide bonnes pratiques ou procédures validées . Procédure sur la conduite à tenir en cas d'incident transfusionnel (prise en charge et déclaration auprès du CHV) . Evaluation des pratiques					
			14.3 Le débit des transfusions est maîtrisé de façon à prévenir la survenue de complications.	. Prise en compte des données cliniques . Surveillance clinique . Suivi des incidents survenus à l'occasion d'une transfusion					
15	IDE Sage F. Méd.	Détruire les poches vides et les cartes transfusionnelles associées ²⁰ (au-delà des 2 heures suivant la fin de l'acte)	15.1. Les modalités d'élimination des PSL (poches vides ou non) et des cartes de contrôles ultimes	. Procédure . Audit de pratiques . Suivi des non conformités					

¹⁸ **La surveillance de la transfusion est particulièrement attentive et continue au moins dans les 15 premières minutes** (car les accidents sévères de la transfusion surviennent précocement), puis régulière par la suite. Il convient de noter dans le dossier les éléments de **surveillance générale** tels que 1. Hémodynamique (TA, pouls), 2. Etat de la conscience, 3. Ressenti du patient (douleurs, céphalées), 4. Respiration (amplitude, fréquence), 5. Troubles digestifs (nausées, vomissements, diarrhée), 6. Température (hypothermie, hyperthermie), 7. Frissons, 8. Etat cutané (urticaire, rash cutané, cyanose), 9. Diurèse (aspect, quantité) et de surveillance locale tels que perméabilité de la voie veineuse (absence d'œdème, rougeur, chaleur, douleur au point de ponction).

¹⁹ **La conduite à tenir face à un évènement ou effet indésirable (incident transfusionnel) est décrite** (Circulaire du 15/12/03, fiche 4).

²⁰ **Avant élimination, la poche avec le dispositif de perfusion clampé ainsi que le support de contrôle de compatibilité, sont conservés pour une durée minimale de 2 heures après transfusion**, selon les procédures spécifiques de chaque établissement de santé ou centre de santé d'un ETS. (Circulaire du 15/12/03, fiche 4)

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre		
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation				
					A	B		C	D
			sont maîtrisées.						
16	IDE Sage F. Méd.	Assurer la traçabilité en complétant la fiche de délivrance (FD) ²¹	16.1. La traçabilité des PSL transfusés est assurée à destination de l'ETS.	. Audit de dossiers . Suivi des non conformités par l'ETS					
17	Méd.	Assurer le suivi immédiat de la transfusion (efficacité clinique, surcharge volémique)	17.1. Le suivi immédiat de la transfusion est assuré.	. Suivi des incidents post-transfusionnels					

²¹ La traçabilité du PSL est réalisée dès le début de l'administration et transcrite sur le document approprié. Toute interruption ou non-transfusion doit être consignée. (Circulaire du 15/12/03, fiche 4)

RÉFÉRENTIEL D'ÉVALUATION Etape 4 : « Suivi et information »

1. Etapes du processus			2. Démarche d'évaluation				3. Actions d'amélioration éventuelles à mettre en œuvre	
N°	Qui	Quoi	Critères d'évaluation	Éléments d'appréciation	Cotation			
18	Méd. ²²	<p>A la sortie :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Informer oralement le patient des transfusions réalisées et des risques éventuels²³ . Lui remettre un document écrit précisant la quantité et la nature des PSL transfusés . Lui remettre une ordonnance pour la réalisation d'une RAI un mois après la dernière transfusion 	<p>18.1. Les exigences réglementaires en matière d'information post-transfusionnelles, de remise de document et d'ordonnance sont mises en œuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Procédure d'information post transfusionnelle . Check liste . Document institutionnel . Audit de dossiers 				
19	Idem Secr.	<p>Informé le médecin référent du patient</p>	<p>19.1. Le médecin référent est systématiquement informé de la transfusion du patient.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Audit de dossiers 				
20	Méd. ²⁴	<p>Assurer le suivi immunologique de la transfusion</p>	<p>20.1. Le médecin prescripteur ou transfuseur assure le suivi immuno-hématologique (réception de la RAI à un mois)</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Courriers de relance . Information de l'hémovigilance en cas de RAI positive . Audit de dossiers 				
21	Méd. Secr. IDE Sage F.	<p>Mettre à jour en continue le dossier transfusionnel</p>	<p>21.1. Le dossier transfusionnel est régulièrement mise à jour avant archivage.</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Check liste . Procédure d'archivage . Audit de dossiers 				

²² Médecin, chef du dernier service où le patient a été hospitalisé.

²³ L'exception à ce stade concerne l'impossibilité d'informer le patient (ou sa famille) et le refus du patient d'être informé.

²⁴ Cf. 40