

SVO

LA NÉPHROLOGIE... DEPUIS 1969

20 décembre 2024

Patients hospitalisés :

Les néphrologues demandent de peser les patients hospitalisés quand il demande un poids sur la feuille de prescription.

Exemple : Un patient qui arrive de l'urgence en civière pour son Tx HD et que sur la feuille de prescription c'est inscrit : peser patient même si civière ils veulent que ce soit fait.

(Pas à chaque fois mais lorsque spécifié)

Rappel PAB :

Tous les matins à l'arrivée les PAB du secteur E et B doivent vérifier le matériel d'urgence afin de s'assurer que la planche à code est présente et que le coffret d'inhale n'a pas été ouvert. Cette vérification est importante pour intervenir promptement lors d'un code bleu.

Pour tous les secteurs à tous les jours : vérifier le bac d'urgence (Fresenius) pour s'assurer que le matériel est présent.

Renouvellement convention FIQ :

L'hémodialyse qui était considérée 24/7 pour la FIQ ne l'est plus à partir de maintenant

- Les 2,5h premières heures de TS hebdomadaire des cliniciennes et AIC seront payés en TS taux simple.

Code Bleu :

Je sais que plusieurs d'entre vous avez mentionné aimer avoir un rafraichissement pour le RCR sachez qu'après discussion avec Charlotte nous ferons après le temps des fêtes des simulations de RCR dans le laboratoire d'enseignement.

Avec tous les PAB et infirmières

Brancarderie :

Pour le RDC il est maintenant possible de demander la brancarderie dans le secteur A lorsque vos patients ont besoin par exemple d'aller à un examen.

Banque de sang : (voir feuille à la fin du document)

La requête de banque de sang pour demande d'analyse ou de produit sanguin à la banque de sang a été modifiée

Documentation par l'infirmière

L'infirmière doit compléter les champs obligatoires et lors d'une demande de culot globulaire ou de plaquettes, elle doit documenter l'indication transfusionnelle sur la requête de banque de sang

Les sections en rouge doivent être obligatoirement complétées.

Prendre note que les requêtes incomplètes seront refusées à partir du 20 janvier 2025.

Temps des fêtes :

Rappel aux patients des changements pour le temps des fêtes et ainsi faire en sorte qu'ils communiquent les informations à leurs transporteurs.

Rappel Maladie- Retard :

Aviser la DSI et le département.

- DSI (514)523-2419 : En tout temps en cas d'absence
- Aux ASI Pendant les heures d'ouverture du département au poste 3075 ou 2041
- Pendant les heures de fermeture du département au poste 7212

Coup de chapeau :

Coup de chapeau à toute l'équipe pour le code bleu survenue lundi 16 décembre dans le secteur A. Le chariot à code était présent à l'arrivée de l'équipe de code. La planche était en place et le massage cardiaque était en cours.

De la part de l'équipe de code et de Dr. Tremblay

Salle à café :

Nous avons plusieurs nouveaux équipements dans la salle d'employé SVP aider nous à garder l'environnement propre (Micro-ondes, etc.)

J'en profite pour vous souhaiter un Joyeuse Noel et une Bonne année 2025



Identification du patient - Renseignements obligatoires*

* Nom, prénom ET numéro de dossier OU RAMQ OU date de naissance et sexe.

Nom, Prénom :

N° Dossier :

RAMQ :

Date de naissance :

Sexe :

REQUÊTE DE LA BANQUE DE SANG

ROUTINE

URGENCE

Culot SANS compatibilité (extrême urgence)

PTM (Code transfusion)

Signature médicale obligatoire :

Obligatoire sinon, sujet à refus

1. Identification de la requête : Si nouveau-né, les informations de la mère doivent figurer sur la requête.

Le prélèvement pourrait être refusé si les informations obligatoires requises ne sont pas toutes présentes (identification prescripteur, usager et préleveur).

2. Identification du prélèvement :

Nom, prénom ET numéro de dossier OU RAMQ OU date de naissance et sexe de l'usager.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES

Identification du prescripteur

Nom et prénom :

Numéro de pratique :

Lieu de consultation :

Téléphone :

Télécopieur :

Identification du préleveur

Date prélèvement : _____ Heure : _____

Prélevé par :

Signature :

Le préleveur doit signer la requête et initialement le tube AU CHEVET.

Renseignements cliniques :

SOP, date : _____ heure : _____

Grossesse

Donneur d'organe ou de cellules souches

Anti-CD38 (Daratumumab)

Autre :

Demande d'analyse(s) - 1 tube rose

Groupe ABO/RhD

Groupe ABO/RhD et recherche d'anticorps irréguliers (code 50)

Test direct à l'antiglobuline/TDA (Coombs direct)

Phénotype érythrocytaire complet

Phénotype du conjoint (préciser le nom de la conjointe, numéro de dossier, ou numéro de RAMQ ou date de naissance)

_____ Nom, prénom de la conjointe _____ N° dossier _____ ou _____ N° de RAMQ _____ ou _____ DDN

Dépistage Hémorragie Fœto-Maternelle

Titrage alloanticorps (suivi de grossesse) : _____

* Titrage d'ischémagglutinines

** Dépistage agglutinines froides

** Titrage et amplitude thermique agglutinines froides (un tube rouge et un tube rose prélevés à 37°C)

Autre :

* sujet à l'approbation de l'hématologue ** Les prélèvements doivent être effectués du lundi au jeudi entre 9hres et 13hres avec approbation de l'hématologue

Réaction transfusionnelle : Suivre la procédure - Compléter le formulaire F3206

Demande de produit(s) sanguin(s) - Section à compléter par le médecin ou l'infirmière

Télécopier la demande à la banque de sang HMR : 514-252-3830 HSCO : 514-252-6289

Indication transfusionnelle :

Hémoglobine < 70 g/L Saignement actif

Autre : _____

Hémoglobine < 80 g/L Décompte plaquettaire : _____

Date prévue de la transfusion :

LABILES

Quantité

Culot(s) globulaire(s) : _____

Plaquettes : _____

Plasma(s) : _____

Cryoprécipités : _____

Autres : _____

STABLES

Format

Quantité

Albumine 5% : _____ mL _____

Albumine 25% : _____ mL _____

Immunoglobulines IV ou SC : _____ g

Immunoglobulines IM : _____ Spécifier le type dans autre(s)

Immunoglobulines Anti-D : _____ mcg _____

Beriplex : _____ UI * _____

Tisseel : _____ mL _____

Floseal : _____ mL _____

Autres : _____

Dose : _____ Quantité : _____

* UI= unités internationales

Bon de cueillette

Dossier :

Nom :

Prénom :

Unité de soins :

Information obligatoire

Produits sanguins demandés :

<u>Produit labile</u>	<u>Quantité</u>	<u>Produit Stable</u>	<u>Quantité</u>
<input type="checkbox"/> Culot	_____	<input type="checkbox"/> Albumine 25%	_____
<input type="checkbox"/> Plaquette	_____	<input type="checkbox"/> Albumine 5% 250mL ___ 500mL ___	
<input type="checkbox"/> Plasma	_____	<input type="checkbox"/> Floseal	_____
<input type="checkbox"/> Cryoprécipités	_____	<input type="checkbox"/> Immunoglobulines	_____
<input type="checkbox"/> Autres : _____		Quantité : _____	

Signature du transporteur: _____

Signature du médecin : _____