



Capsule de sécurité transfusionnelle

Équipe des conseillères en soins infirmiers, DSI
Mai 2024



Cibles d'apprentissage

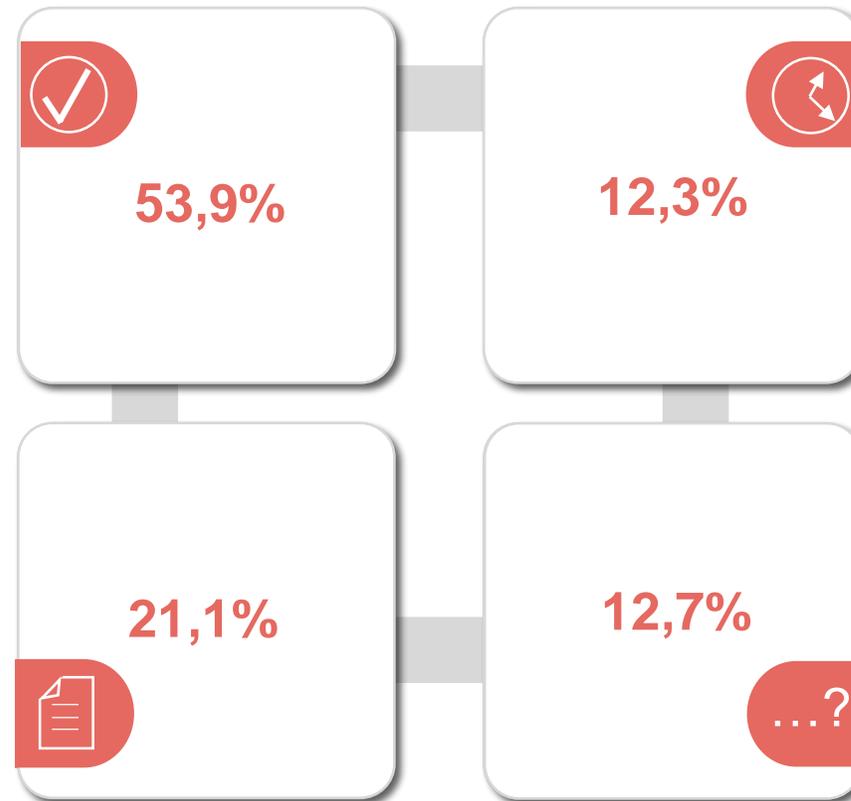
- Connaître et respecter les normes de la médecine transfusionnelle en vigueur
- Connaître et utiliser la documentation reliée à la médecine transfusionnelle
- Connaître le rôle de l'infirmière dans le processus péri-transfusionnel (pré, per et post)
- Respecter les pratiques organisationnelles requises (POR) sur la certification annuelle
- Comprendre et appliquer les politiques et procédures en vigueur dans le CEMTL



Il y a eu **284** erreurs liées à la
transfusion pour l'année 2019-2020



Selon vous, quelles sont les principales erreurs observées, en lien avec la sécurité transfusionnelle?



Types de produits

Qu'est-ce qu'un produit **labile** ?



Qu'est-ce qu'un produit **stable** ?





Indications

Quel produit sanguin devrait-on administrer selon les situations suivantes?

1. Rétablir le volume sanguin suite à une hémorragie importante (chx, accident) **Culot globulaire**
2. Traiter ou prévenir une hémorragie due à une diminution du taux des plaquettes **Plaquettes**
3. Traiter et prévenir les saignements associés à un déficit en facteur de coagulation **Plasma**



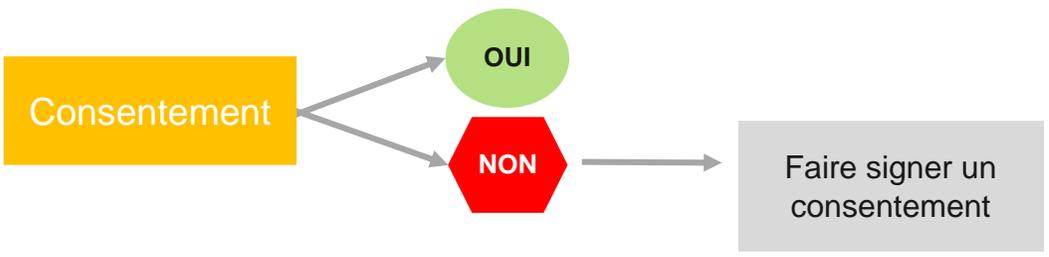
Indications

4. Traiter les saignements associés à une déficience en fibrinogène **Cryoprécipités**
5. Traiter d'urgence une choc hypovolémique **Albumine**
6. Traiter les déficits immunitaires acquis ou héréditaires **Immunoglobulines**

Transfusion de produits sanguins

NON urgent

Pré transfusion





Verso

Nom du patient :		N° dossier :
8. CONSENTEMENT À DES EXAMENS OU TRAITEMENTS		
J'autorise le médecin ou le professionnel, _____, à me faire faire subir les examens ou les traitements suivants : _____		
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin
J'autorise le médecin ou le professionnel, _____, à me faire faire subir les examens ou les traitements suivants : _____		
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin
9. CONSENTEMENT À UNE INTERVENTION CHIRURGICALE STÉRILISANTE		
Je, _____, consens par la présente à subir l'intervention chirurgicale stérilisante qui comprend la ou les opérations suivantes : _____		
L'intervention sera pratiquée par le docteur _____ et ses représentants (résidents) sous sa supervision.		
Je reconnais avoir été informé de la nature et des risques ou effets possibles de l'intervention indiquée ci-dessus.		
Je reconnais que la nature de l'intervention proposée et les conséquences qu'elle comporte m'ont été expliquées par le docteur _____ et qu'elle est faite dans le but de me rendre stérile.		
Je reconnais que si cette intervention chirurgicale réussit, il en résultera pour moi une stérilité permanente et qu'il me sera donc impossible d'engendrer ou de concevoir un enfant. Toutefois, j'ai été informé que cette intervention n'assure pas la stérilité dans tous les cas et aucune garantie en ce sens ne m'a été donnée.		
Je consens à toute intervention ou autre traitement non prévisible mais qui s'avérerait nécessaire lors de cette intervention et pour lequel il serait alors impossible d'obtenir consentement. J'autorise l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à disposer des tissus ou organes prélevés.		
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du médecin ou de son délégué	Signature du médecin ou de son délégué
10. CONSENTEMENT À UN PRÉLÈVEMENT SANGUIN LORS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE		
Si, lors d'une intervention, examen, traitement, procédure, technique invasive ou autre, un contact accidentel avec mon sang, celui de mon nourrisson ou autres liquides organiques puisse mettre à risque un médecin, une infirmière ou tout autre professionnel de la santé, je, _____, consens par la présente à ce qu'un prélèvement sanguin me soit fait à des fins de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'hépatite C (VHC). Si la situation se présente, j'en serai informé(e).		
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom de l'utilisateur ou personne autorisée	Signature de l'utilisateur ou personne autorisée
_____	_____	_____
Date (aaaa/mm/jj)	Nom du témoin à l'obtention de la signature	Signature du témoin

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Faut-il signer un consentement pour l'administration du vaccin Winhro?

Oui

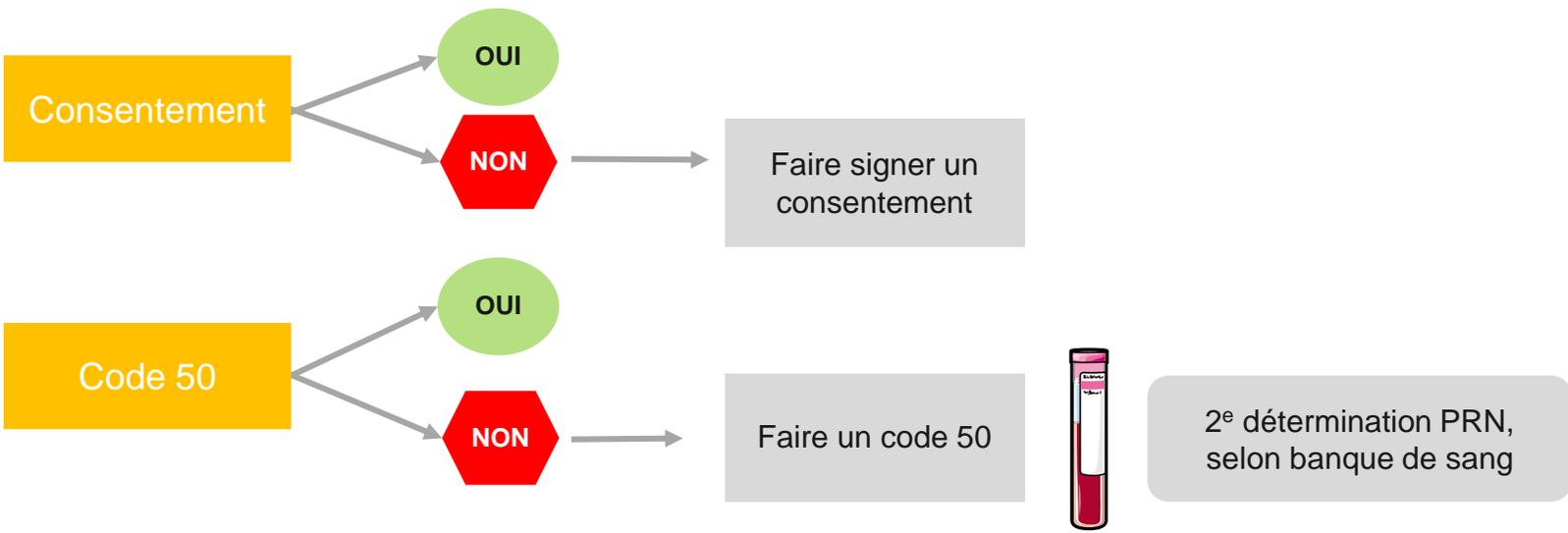
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Montréal



Transfusion de produits sanguins

NON urgent

Pré transfusion



Requête de la banque de sang

Ce formulaire peut être complété :

- par l'infirmière, l'inhalothérapeute ou le médecin
- Pour les analyses seulement : par les commis et/ou les agentes administratives
- Pour les secteurs cliniques qui ont accès à eTrace Line, la demande doit se faire via le logiciel.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Québec

Centre de prélèvements (2843phones)
Hôpital Malcomrae-Rosemont : 514-251-7007
Hôpital Santa Cabrini : 514-252-6000

Coordonnées :
Hôpital Malcomrae-Rosemont : 514-251-7007
Hôpital Santa Cabrini : 514-252-6000

Identification du patient - Renseignements obligatoires*

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

Nom, Prénoms : _____
N° Dossier : _____
RAMQ : _____
Date de naissance : _____ Sexe : _____

REQUÊTE DE LA BANQUE DE SANG

ROUTINE
 URGENCE
 Cuiot SANS compatibilité (extrême urgence)
 PTM (Code transfusion)
Signature médicale obligatoire : _____

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 prélevement :
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 prélevement : _____ Heure : _____
Prélevé par : _____
Signature : _____
Le préleveur doit signer la requête et initier 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 Hépatite B (Hépatite B)
 Titrage alloanticorps (suivi de grossesse) : _____
 * Titrage d'iso-hémagglutinines
 ** 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'hématologie ** Les prélèvements doivent être effectués du lundi au jeudi entre 9h et 13h avec approbation de l'hématologie

Réaction transfusionnelle : Suivre la procédure - Compléter le formulaire F3206

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

Indoaction transfusionnelle :
 Hémoglobine < 70 g/L Saignement actif Autre : _____
 Hémoglobine < 80 g/L Décompte plaquettaire : _____

Date prévue de la transfusion : _____

LABILES	Quantité	STABLES	Format	Quantité
<input type="checkbox"/> Cuiot(s) globulaire(s) :	_____	<input type="checkbox"/> Albumine 5% :	_____ mL	_____
<input type="checkbox"/> Plaquettes :	_____	<input type="checkbox"/> Albumine 25% :	_____ mL	_____
<input type="checkbox"/> Plasmasol :	_____	<input type="checkbox"/> Immunoglobulines IV ou SC :	_____	_____
<input type="checkbox"/> Cryoprécipités :	_____	<input type="checkbox"/> Immunoglobulines IM :	_____	_____
<input type="checkbox"/> Autres : _____	_____	<input type="checkbox"/> Immunoglobulines Anti-D :	_____	_____
		<input type="checkbox"/> Berplex :	_____ UI *	_____
		<input type="checkbox"/> Tisseel :	_____ mL	_____
		<input type="checkbox"/> Pisseal :	_____ mL	_____
		<input type="checkbox"/> Autres :	_____	_____
		Dose :	_____	Quantité : _____

* UI= unités internationales

370000055 2023-10-16 RE00055 1 de 1



Requête de la banque de sang

Quand utiliser la requête

- Demande d'analyse de laboratoire en banque de sang
- Demande d'un produit sanguin à transfuser



Demande d'analyse de laboratoire en banque de sang

Que devons-nous inscrire

Le préleveur doit compléter la section prescripteur

Le préleveur doit inscrire son nom et signer la requête et inscrire ses initiales sur le tube de prélèvement.

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES	
Identification du prescripteur	Identification du préleveur
Nom et prénom : _____	Date prélèvement : 01-01-2024 Heure : 9h00
Numéro de pratique : _____	Prélevé par : Mayari Linares
Lieu de consultation : _____	Signature : <i>Mayari Linares, inf.</i>
Téléphone : _____ Télécopieur : _____	Le préleveur doit signer la requête et initialer le tube AU CHEVET.

En signant le prélèvement, le préleveur engage sa responsabilité professionnelle et confirme qu'il s'agit bel et bien du sang du bon patient, dont les informations figurent sur l'étiquette du prélèvement.

Cette rigueur permet de limiter les erreurs de groupes sanguins ABO et vise à diminuer le risque d'erreur transfusionnelle grave avec réaction transfusionnelle hémolytique immédiate.

Que devons nous inscrire sur la requête

Indiquer la ou les analyse(s) requises

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)

_____ N° dossier ou _____ N° de RAMQ ou _____ DDN

Dépistage Hémorragie Fœto-Maternelle

Titrage alloanticorps (suivi de grossesse) : _____

* Titrage d'isohémagglutinines

** 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

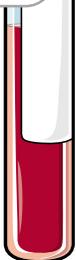
Relever la prescription

- ❑ Vérification si le code 50 est valide (eTrace Line)
 - ✓ Si non valide, effectuer un prélèvement et compléter la requête de la banque de sang

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES	
Identification du prescripteur	Identification du préleveur
Nom et prénom : _____	Date prélèvement : <u>01-01-2024</u> Heure : <u>9h00</u>
Numéro de pratique : _____	Prélevé par : <u>Mayari Linares</u>
Lieu de consultation : _____	Signature : <u>Mayari Linares inf.</u>
Téléphone : _____	Télécopieur : _____
	Le préleveur doit signer la requête et initialer le tube AU CHEVET.

M.G. 2021-06-01 8h27

1234567 903
Léonard, Jean
Simard, Jeanette
514-123-4567
LEOJ3800000





Demande de produit sanguin

Prescription du produit sanguin

Le transfuseur doit indiquer :

Transfusion de routine – urgence

- ✓ Les renseignements cliniques
- ✓ Le produit sanguin à transfuser
- ✓ L'indication clinique, Re : HB 68

Transfusion sans compatibilité et PTM (voir PID PTM)

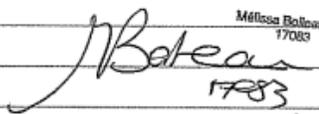
- ✓ Le produit sanguin à transfuser
- ✓ L'indication clinique, Re : HB 68
- ✓ Le médecin résident ou l'IPS peuvent signer la requête en l'associant au médecin superviseur (patron responsable)

REQUÊTE DE LA BANQUE DE SANG	
<input type="checkbox"/>	ROUTINE
<input type="checkbox"/>	URGENCE
<input type="checkbox"/>	Culot SANS compatibilité (extrême urgence)
<input type="checkbox"/>	PTM (Code transfusion)
Signature médicale obligatoire :	

Petit changement de pratique pour le prescripteur:

En attendant l'arrivée d'un
prescripteur électronique...

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal Québec		N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____ Nom, Prénoms : Daniel Bélanger Nom de la mère : _____ Adresse : #4me 1234567. Téléphone : _____ NAM : _____ Expiration : _____	
 EST10038			
Poids : _____ Kg Taille : _____ cm Allergie(s) : _____ Intolérance(s) : _____			
DATE (aa-mm-jj) HEURE (hh:mm)	ORDONNANCE(S)	SOINS INFIRMIERS	
2024/03/11 16h	<u>Hématologie</u> Transfuser un culot globulaire demain am re: HB = 69		
			
2024/03/11 16h	Transfuser 1 culot globulaire si dès que possible re: saignement actif.		
	 Mélissa Bédard, M. 17083 1783		

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Que devons nous inscrire

Indiquer l'indication transfusionnelle ex : HB 69 et la date prévue de la transfusion

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

Indication transfusionnelle :

<input checked="" type="checkbox"/> Hémoglobine < 70 g/L	<input type="checkbox"/> Saignement actif	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Hémoglobine < 80 g/L	<input type="checkbox"/> Décompte plaquettaire : _____	

Date prévue de la transfusion : _____

Que devons nous inscrire

Renseignements cliniques :

- SOP, date : _____ heure : _____
- Grossesse
- Donneur d'organe ou de cellules souches
- Anti-CD38 (Daratumumab)
- Autre : _____

Pour une intervention chirurgicale,
indiquer la date prévue

Que devons nous inscrire

Indiquer le nombre de produit(s) prescrit(s).

Pour les produits en réserve avant une intervention chirurgicale, veuillez inscrire **en réserve** à côté de la quantité

LABILES		Quantité	STABLES		Format	Quantité
<input checked="" type="checkbox"/>	Culot(s) globulaire(s) :	2 en réserve	<input type="checkbox"/>	Albumine 5% :	_____ mL	_____
<input type="checkbox"/>	Plaquettes :	_____	<input type="checkbox"/>	Albumine 25% :	_____ mL	_____
<input type="checkbox"/>	Plasma(s) :	_____	<input type="checkbox"/>	Immunoglobulines IV ou SC :	_____ g	_____
<input type="checkbox"/>	Cryoprécipités :	_____	<input type="checkbox"/>	Immunoglobulines IM :	Spécifier le type dans autre(s)	_____
<input type="checkbox"/>	Autres :	_____	<input type="checkbox"/>	Immunoglobulines Anti-D :	_____ mcg	_____
			<input type="checkbox"/>	Beriplex :	_____ UI *	_____
			<input type="checkbox"/>	Tisseel :	_____ mL	_____
			<input type="checkbox"/>	Floseal :	_____ mL	_____
			<input type="checkbox"/>	Autres :	_____	_____
				Dose :	_____	Quantité : _____

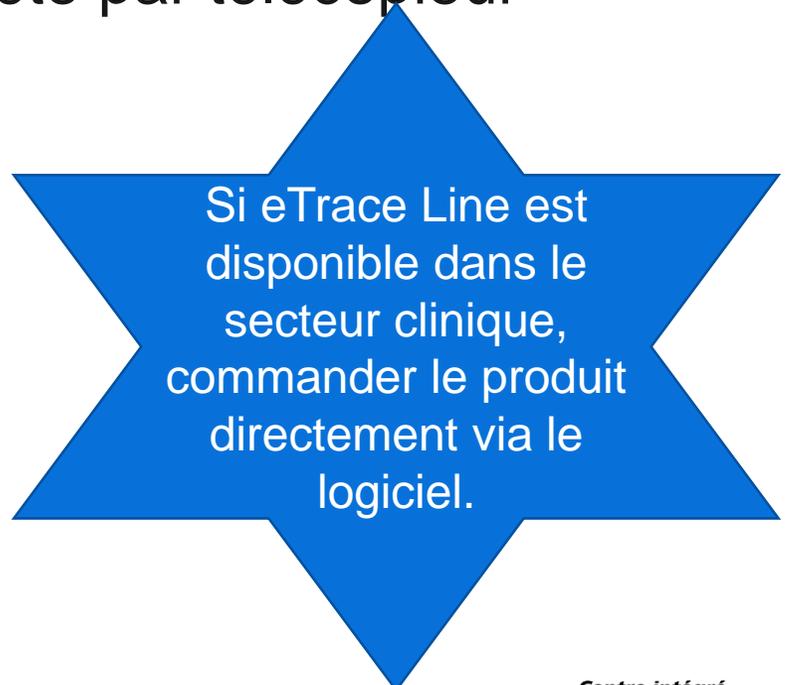
* UI= unités internationales



Transmission de la requête

- ❑ Transfusion en urgence - extrême urgence et PTM
 - Appel téléphonique et faire parvenir la requête par télécopieur
 - ✓ HMR : tél 3749 - fax 3830
 - ✓ HSCO : tél 6669 - fax 6289

- ❑ Transfusion de routine
 - Faire parvenir la requête par télécopieur



Si eTrace Line est disponible dans le secteur clinique, commander le produit directement via le logiciel.



Bon de cueillette

Transport des biens
devient
Bon de cueillette

Bon de cueillette

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 : _____

F3217-0424

Conservation des produits



**Pouvons-nous entreposer
des produits sanguins au
réfrigérateur de l'unité?**

NON.

**Ne jamais conserver au
réfrigérateur sur l'unité**

Attention !

- Si l'administration d'un produit sanguin est retardée et que le délai de 4 heures (l'heure du bordereau) ne peut être respecté, **le produit doit être retourné à la banque de sang en < 30 minutes depuis son émission**
- **Ne jamais réfrigérer** un produit sanguin à l'unité de soins





Attention !

Ne pas dépasser délai de 4 heures



- **Labile:** Émission par le labo et fin de transfusion
- **Stable:** Perforation fiole jusqu'à fin d'administration

Transfusion de produits sanguins

NON urgent

Pré transfusion

Consentement

OUI

NON

Faire signer un consentement

Code 50

OUI

NON

Faire un code 50



2^e détermination PRN, selon banque de sang

Pendant

Transfusion de produits sanguins ABO compatibles

Choix des produits sanguins selon RX

Vérification du produit à transfuser

Transfusion d'un produit sanguin à la fois

Débit de transfusion selon recommandation du Guide transfusionnel et des fiches techniques

Surveillance SV complets selon recommandations des normes en vigueur

GUIDE TRANSFUSIONNEL

Vérification

Avant la réception du produit sanguin à l'unité de soins :

- ◆ Consentement signé / Signes vitaux complets / Accès veineux perméable.

Vérification au poste (selon les 8 critères de concordances du bordereau) :

- ◆ Ordonnance médicale / Bordereau / Produit sanguin / Étiquette nominative Trace Line.

Vérification au chevet (Politique POL-025 et Procédure PRO-11 : Identification de l'utilisateur)

- ◆ Concordance bracelet / Étiquette nominative Trace Line/Bordereau dans un sac Biohazard.

Notification

- ◆ *Avis au personnel transfuseur* distribué par la banque de sang. Classer à la section congé.
- ◆ Lettre *Notification de la transfusion de produits sanguins* à remettre au congé.
- ◆ Compléter l'avis et le classer au dossier.

Points importants

- ◆ Ne pas administrer **deux produits sanguins en même temps**, sauf si une ordonnance médicale l'autorise.
- ◆ Ne pas mélanger **deux types de produits sanguins différents** dans le même dispositif, ni des produits sanguins de groupes ABO différents.
- ◆ Ne jamais introduire un **médicament directement** dans un produit sanguin ou son dispositif.
- ◆ Le dispositif droit (JC7790) est bon pour **un seul** produit sanguin et doit être changé **après chaque utilisation**.
- ◆ Le dispositif en Y (JC7751) est bon pour **2 à 4 produits sanguins identiques** administrés en continu et ce, dans un **délai maximal de 8 heures**.
- ◆ Il est **recommandé de ne pas rincer** le dispositif à transfusion.

Administration

- ◆ Ne jamais dépasser le **délai maximal de 4 heures** entre l'émission d'un produit sanguin en banque de sang (produit labile) ou la perforation de la fiole (produit stable) et la fin de la transfusion.
- ◆ Si le délai de 4 heures ne pourra être respecté, retourner le produit intact à la banque de sang en moins de 30 minutes depuis son émission, sinon celui-ci devra être rejeté dans le Trace Line par le personnel de la banque de sang.
- ◆ Prise des signes vitaux : avant, 15 minutes après le début, au besoin selon l'état du receveur et à la fin de la transfusion.
- ◆ Bien rincer la veine avec le soluté compatible approprié avant la transfusion.
- ◆ Arrêter le soluté compatible et brancher le produit sanguin, à l'aide du système clearlink, au site d'insertion le plus près du receveur.
- ◆ Administrer le produit sanguin selon l'ordonnance médicale.
- ◆ Noter l'heure du début de la transfusion.
- ◆ Débuter la transfusion lentement.
- ◆ Si la transfusion est bien tolérée après 15 minutes, augmenter graduellement le débit.
- ◆ Noter l'heure de fin de la transfusion et la quantité administrée.
- ◆ À la fin, (si aucune réaction n'est observée), rincer à nouveau la veine avec le soluté compatible, avant de redébuter le soluté de base.
- ◆ Disposer du produit sanguin et de son dispositif dans un bac pour déchets biomédicaux.

Produits labiles et stables : par gravité ou sous pompe volumétrique.

Pour plus de renseignements, se référer aux Techniques de soins et aux Fiches techniques (Intranet - Section 5).

Documentation

Consentement / Signes vitaux / Prémédication (si applicable) / Nom et N°Don (produit labile) – Nom et N°Lot (produit stable)
Date et heure du début de la transfusion / Débit de la transfusion / Date et heure de fin de transfusion / Quantité administrée

Présence ou absence de manifestations cliniques de réaction transfusionnelle **Si réaction transfusionnelle : voir tableau « Réaction transfusionnelle »**

- ◆ Bordereau : rempli dans sa totalité et placé au dossier médical (section Hématologie) après l'avoir retiré de sac Biohazard et ce, juste avant de sortir de la chambre.

- ◆ Partie détachable au bas du bordereau « coupon » : remplie dans sa totalité et retournée à la banque de sang ou confirmée dans Trace Line (si applicable).

Tableaux de compatibilité

Le choix du produit relève de la banque de sang selon la disponibilité.
Une autorisation médicale peut être nécessaire selon le choix du produit.

Tableau 1 : Compatibilité ABO-Rh			Tableau 2 : Compatibilité ABO-Rh			Tableau 3 : Compatibilité ABO		
Culot globulaire			Plaquettes			Plasma		
Receveur	Produit		Receveur	Produit		Receveur	Produit	
	1 ^{er} choix	Choix possibles		1 ^{er} choix	Autres choix par ordre		1 ^{er} choix	Choix possibles
O	O	aucun	O	O	2 ^e B, 3 ^e A, 4 ^e AB	O	O	A, B, AB
A	A	O	A	A	2 ^e AB, 3 ^e O TEND, 4 ^e B, 5 ^e O	A	A	AB
B	B	O	B	B	2 ^e AB, 3 ^e O TEND, 4 ^e A, 5 ^e O	B	B	AB
AB	AB	A, B, O	AB	AB	2 ^e A, 3 ^e O TEND, 4 ^e B, 5 ^e O	AB	AB	aucun
Inconnu *	O négatif *		Inconnu *	AB *		Selon disponibilité *		
* Seulement en cas d'extrême urgence *			* Seulement en cas d'extrême urgence *			* Seulement en cas d'extrême urgence *		
Rh positif	Rh positif	Rh négatif	Rh positif	Rh positif	Rh négatif			
Rh négatif	Rh négatif	Rh positif *	Rh négatif	Rh négatif	Rh positif *			
* WinRho à prévoir selon le cas.								

Produit	Indication	Prélèvement requis	Précaution ABO-Rh	Volume moyen * Voir le volume exact sur le produit *	Compatibilité	Dispositif à transfusion	Vitesse d'administration
Culot globulaire	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Rétablir le volume sanguin suite à une hémorragie importante (accident/chirurgie). ◆ Déficit symptomatique de la capacité de transport de l'oxygène (anémie/cancer). 	OUI Valable pour 3 jours	ABO-Rh compatible réf. : tableau 1	275 mL à 320 mL	NaCl 0.9 % Plasma ABO compatible	Avec filtre 170 à 260 microns ◆ Droit (JC7790) : 1 seul produit ◆ En Y (JC7751) : 2 à 4 produits	Selon l'ordonnance médicale Débit de départ suggéré : 80 mL/heure Débit maximum suggéré : 125 mL/heure
Plaquettes	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traiter ou prévenir les hémorragies dues à la diminution de taux de plaquettes et pour corriger les troubles fonctionnels des plaquettes. 	NON sauf si groupe sanguin inconnu	ABO-Rh compatible réf. : tableau 2	Pool de plaquettes : 325 mL Plaquette apherèse : 220 mL	NaCl 0.9 %	Avec filtre 170 à 260 microns ◆ Droit (JC7790) : 1 seul produit ◆ En Y (JC7751) : 2 à 4 produits	Selon l'ordonnance médicale Débit de départ suggéré : 100 mL/heure Débit maximum suggéré : 200 mL/heure
Plasma	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traiter et prévenir les saignements associés à un déficit en facteurs de coagulation. 	NON sauf si groupe sanguin inconnu	ABO compatible réf. : tableau 3	Plasma congelé : 265 mL Plasma apherèse congelé : 250 mL	NaCl 0.9 %	Avec filtre 170 à 260 microns ◆ Droit (JC7790) : 1 seul produit ◆ En Y (JC7751) : 2 à 4 produits	Selon l'ordonnance médicale Débit de départ suggéré : 200 mL/heure Débit maximum suggéré : 250 mL/heure
Cryoprécipités	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traiter les saignements associés à une déficience en fibrinogène. 	NON sauf si groupe sanguin inconnu	Ne s'applique pas	Pool : 10 mL par cryoprécipité + 50 mL de NaCl 0.9%	NaCl 0.9 %	Avec filtre 170 à 260 microns ◆ Droit (JC7790) : 1 seul produit ◆ En Y (JC7751) : 2 à 4 produits	Selon l'ordonnance médicale Débit de départ suggéré : 200 mL/heure Débit maximum suggéré : 250 mL/heure
Albumine	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traiter d'urgence l'état de choc. ◆ Rétablir le volume plasmatique et la teneur en protéines associées aux brûlures. ◆ Corriger l'hypoprotéïnémie avec ou sans œdème. ◆ Traiter des pertes liquidiennes dues aux ponctions d'ascite. 	Aucun	Ne s'applique pas	25% : 50 mL et 100 mL 5% : 50 mL, 250 mL et 500 mL	NaCl 0.9 % Dextrose 5 %	Avec perforateur DUO-VENT (JC8419)	Selon l'ordonnance médicale Débit de départ suggéré : 60 mL/heure Débit maximum suggéré : 25 % 120 mL/heure et 5% 300 mL/heure
Immunoglobulines	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traiter les déficits immunitaires acquis ou héréditaires. ◆ Traiter le PTI. ◆ Traiter les maladies inflammatoires. ◆ Prévenir ou traiter la thrombopénie allo-immune. ◆ Moduler le risque de GVH et d'infections lors de certaines GCS. 	Aucun	Ne s'applique pas	2.5 g/25 mL, 5 g/50 mL, 10 g/100mL, 20g/200 mL, 30g/300 mL et 40 g/400 mL	Dextrose 5 %	Avec perforateur DUO-VENT (JC8419)	Selon l'ordonnance médicale Débit de départ suggéré : 60 mL/heure Augmenter graduellement de 30 à 60 mL/heure aux 15 minutes selon tolérance Débit maximum suggéré : 180 mL/heure
Beriplex	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Traitement des hémorragies associées à un surdosage de warfarine. ◆ Renverser la warfarine pour une chirurgie urgente. 	Aucun	Ne s'applique pas	500 UI/20 mL 1000 UI/40 mL	NaCl 0.9%	aucun	Selon l'ordonnance médicale Mini-perfuseur B Braun ou Medfusion : 10 minutes

Transfusion

**Obligatoire
en tout
temps**



Vérification à 2 personnes autorisées

Début d'administration → délai de 30 minutes depuis la sortie de la banque de sang
Remplir le bordereau dans sa totalité et le placer au dossier médical. Retourner le « coupon » rempli à la banque de sang.

Installer le produit sanguin sur la tubulure appropriée

1 type de produit par tubulure droite, jusqu'à 4 produits avec tubulure en Y.

Culots globulaires peuvent être réchauffés sous réchauffe fluide avec prescription

Débit de transfusion selon guide transfusionnel

Transfusion 1 produit sanguin à la fois, avec vérification au chevet du produit sanguin, du bracelet et du bordereau

Surveillance SV complets, pré, 15 min post début, à la fin de la transfusion
Surveillance réaction transfusionnelle



Deux personnes autorisées vérifient la concordance des données au niveau :

- Du bordereau (AH-238) ;
- Du produit sanguin ;
- De l'ordonnance
- De l'(des) étiquette(s) Trace Line sur le produit.
- La vérification entre le groupe sanguin du receveur et du produit sanguin se fait à même le bordereau.
- Si le produit sanguin (culot, plaquettes et granulocytes) nécessite des directives applicables au produit labile ;
 - o Les plasmas, cryoprécipités et surnageants n'ont pas de directives applicables

Post vérification → prépare les produits sanguins pour la transfusion

Pavillon Hôpital Maisonneuve-Rosemont
BORDEREAU D'EMISSION DE PRODUIT SANGUIN

No. 987432857

No Bordereau : 54143587
Réaction(s) transfusionnelle(s) antérieure(s) :
Type(s) Produit(s) Date(s)

M0220-4 Dossier
2546011

FOSTER, MICHEL (M)

FOSM71121914

Né(e) : 1971-12-19
Médecin : HOUSE, GREGORY
Prescripteur : MARQUIS, FRANCOIS
Destination : M220/Unité Coronarienne MAIS
Mère : MORIN, GERTRUDE

Commentaire(s) :
Directives : Exemple: PRODUITS CMV NÉG

Code produit : N° don : **Oneg**
E314856 C0003541336877 Séquence(s) : 1

Culot glob. AS-3 partiel. Déleucocyté
Qualificatifs :
Phénotype :

Aspect du produit : ASPECT NORMAL **Date et heure de péremption : 04 JUIL 2020**

Commentaire :

Émis par : TREMBLAY TOMMY (aujourd'hui) 2020-07-04 13h10

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)

Cochez les concordances :

1	Nom, prénom et No de dossier	✓	5	Date et heure de péremption	✓
2	Nom du produit	✓	6	Qualificatif 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 A AUCUNE EQUIVOQUE
RESPECTER LE DÉLAI DE TRANSFUSION

Début Khaled Bibi inf Fin _____ Début Khaled Bibi inf / Adèle Blais inf clin
Signature(s) transfuseur(s) Signature(s) vérificateur(s)

Compléter les données au moment de la transfusion

Date et heure du début	Date et heure de fin	Quantité totale administrée			
04 Juillet 2020 13h30		1/4	2/4	3/4	4/4

ml

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

AH- 236 (rev 02-01) BANQUE DE SANG Pavillon Hôpital Maisonneuve-Rosemont

AH-238 (rev 02-01) Plan de secours (rev 02-01) Pavillon Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Partie détachable à retourner à la banque de sang dans les plus brefs délais
CONFIRMATION DE TRANSFUSION

Nom : Prénom : Dossier :
Code produit : Code fabricant : N° don :
Libellé : Groupe sanguin du produit :

Compléter les données au moment de la transfusion

Date et heure de début	Date et heure de fin	Quantité totale administrée			
		1/4	2/4	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 : Hôpital Santa Cabrini

Plan de secours 2019-09-11



Doit être débuté dans un délai maximal de 30 minutes après l'émission du produit



Pavillon Hôpital Maisonneuve-Rosemont
BORDEREAU D'EMISSION DE PRODUIT SANGUIN

No. 987432857

No Bordereau : 54143587 Réaction(s) transfusionnelle(s) antérieure(s) : Type(s) Produit(s) Date(s)	M0220-4 Dossier <div style="text-align: right;"> 2546011 </div> FOSTER, MICHEL (M) FOSM71121914 Né(e) : 1971-12-19 Médecin : HOUSE, GREGORY Prescripteur : MARQUIS, FRANCOIS Destination : M220/Unité Coronarienne MAIS Mère : MORIN, GERTRUDE																								
Commentaire(s) : Directives : Exemple: PRODUITS CMV NÉG																									
Code produit : E314856 N° don : C0003541336877 Culot glob. AS-3 partiel. Déleucocyté Qualificatifs : Phénotype :	Oneg Séquence(s) : 1																								
Aspect du produit : ASPECT NORMAL Date et heure de péremption : 04 JUL 2020																									
Émis par : TREMBLAY TOMMY (aujourd'hui 2020-07-04 13h10) 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																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Nom, prénom et No de dossier</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td>5</td><td>Date et heure de péremption</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2</td><td>Nom du produit</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td>6</td><td>Qualificatif du produit associées aux directives</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td>Groupe sanguin ABO/Rh (si applicable)</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td>7</td><td>Aspect du produit et de son contenu</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td>N° Don / Lot</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td><td>8</td><td>Bracelet ou carte d'identité au chevet du receveur</td><td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	Nom, prénom et No de dossier	<input checked="" type="checkbox"/>	5	Date et heure de péremption	<input checked="" type="checkbox"/>	2	Nom du produit	<input checked="" type="checkbox"/>	6	Qualificatif du produit associées aux directives	<input checked="" type="checkbox"/>	3	Groupe sanguin ABO/Rh (si applicable)	<input checked="" type="checkbox"/>	7	Aspect du produit et de son contenu	<input checked="" type="checkbox"/>	4	N° Don / Lot	<input checked="" type="checkbox"/>	8	Bracelet ou carte d'identité au chevet du receveur	<input checked="" type="checkbox"/>	
1	Nom, prénom et No de dossier	<input checked="" type="checkbox"/>	5	Date et heure de péremption	<input checked="" type="checkbox"/>																				
2	Nom du produit	<input checked="" type="checkbox"/>	6	Qualificatif du produit associées aux directives	<input checked="" type="checkbox"/>																				
3	Groupe sanguin ABO/Rh (si applicable)	<input checked="" type="checkbox"/>	7	Aspect du produit et de son contenu	<input checked="" type="checkbox"/>																				
4	N° Don / Lot	<input checked="" type="checkbox"/>	8	Bracelet ou carte d'identité au chevet du receveur	<input checked="" type="checkbox"/>																				
L'IDENTIFICATION DU RECEVEUR NE DOIT DONNER LIEU À AUCUNE ÉQUIVOQUE RESPECTER LE DÉLAI DE TRANSFUSION																									
Début <u>Khaled Bibi inf</u> Fin <u>Khaled Bibi inf</u> Début <u>Khaled Bibi inf</u> Adèle Blais inf clin <small>Signature(s) transfuseur(s) Signature(s) vérificateur(s)</small>																									
Compléter les données au moment de la transfusion																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Date et heure du début</td> <td>Date et heure de fin</td> <td colspan="4">Quantité totale administrée</td> </tr> <tr> <td>04 Juillet 2020 13h30</td> <td>04 Juillet 2020 17h07</td> <td>1/4</td> <td>2/4</td> <td>3/4</td> <td>4/4 275 mL mL</td> </tr> </table>		Date et heure du début	Date et heure de fin	Quantité totale administrée				04 Juillet 2020 13h30	04 Juillet 2020 17h07	1/4	2/4	3/4	4/4 275 mL mL												
Date et heure du début	Date et heure de fin	Quantité totale administrée																							
04 Juillet 2020 13h30	04 Juillet 2020 17h07	1/4	2/4	3/4	4/4 275 mL mL																				
RÉACTION TRANSFUSIONNELLE : <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui -----> (suivre procédure de réaction transfusionnelle)																									

AH- 236 (rev 02-01) **BANQUE DE SANG** Pavillon Hôpital Maisonneuve-Rosemont

AH-238 (rev 02-01) **BANQUE DE SANG** Pavillon Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Partie détachable à retourner à la banque de sang dans les plus brefs délais
CONFIRMATION DE TRANSFUSION

Nom : Foster Prénom : Michel Dossier : 2546011
 Code produit : Code fabricant : N° don :
 Libellé : Groupe sanguin du produit :

Compléter les données au moment de la transfusion					
Date et heure de début	Date et heure de fin	Quantité totale administrée			
04 Juillet 2020 13h30	04 Juillet 2020 17h07	1/4	2/4	3/4	4/4 275 mL mL

RÉACTION TRANSFUSIONNELLE : Non Oui -----> (suivre la procédure de réaction transfusionnelle)

RETOURNÉ : Motif de rejet/retour : _____
 Signature de fin de transfusion : Khaled Bibi inf

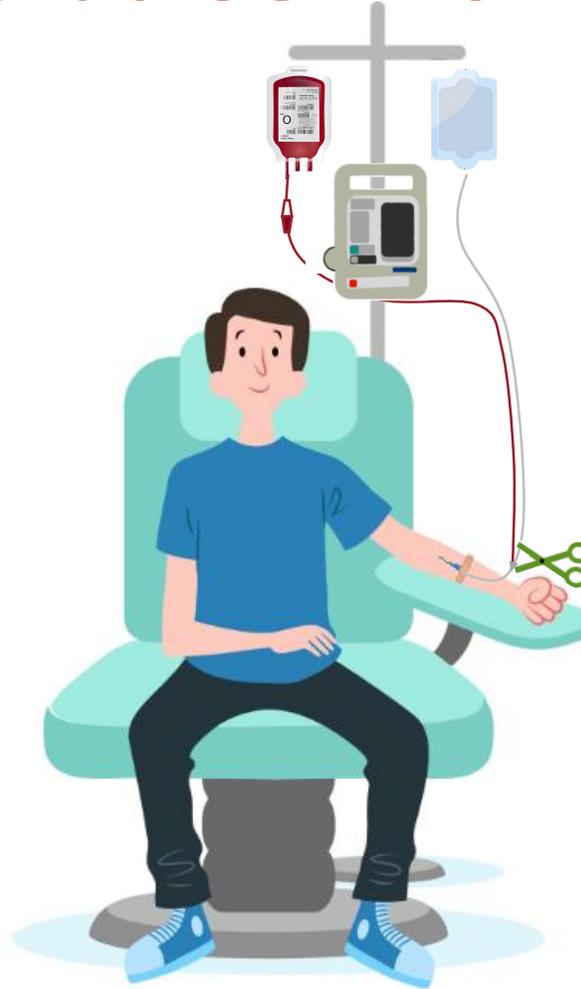


Compléter et envoyer à la banque de sang

Débuter la transfusion

Quelle tubulure devrais-je utiliser?

Si je dois administrer 2 culots, devrais-je prendre une tubulure droite, ou en Y?



À quel débit je débuterai mon culot globulaire?

Produit	Indication	Prélèvement requis	Précaution ABO-Rh	Volume moyen * Voir le volume exact sur le produit *	Compatibilité	Dispositif à transfusion	Vitesse d'administration
Culot globulaire	<ul style="list-style-type: none">◆ Rétablir le volume sanguin suite à une hémorragie importante (accident/chirurgie).◆ Déficit symptomatique de la capacité de transport de l'oxygène (anémie/cancer).	OUI Valable pour 3 jours	ABO-Rh compatible réf. : tableau 1	275 mL à 320 mL	NaCl 0.9 % Plasma ABO compatible	Avec filtre 170 à 260 microns ◆ Droit (JC7790) : 1 seul produit ◆ En Y (JC7751) : 2 à 4 produits	Selon l'ordonnance médicale Débit de départ suggéré : 80 mL/heure Débit maximum suggéré : 125 mL/heure

RÉACTION TRANSFUSIONNELLE

Manifestations cliniques	Description	Analyses à effectuer	Interventions
Fièvre	Augmentation de $\geq 1^{\circ}\text{C}$ de la T° initiale ET T° buccale $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$	A-B-C	<ol style="list-style-type: none"> 1° Interrompre immédiatement la transfusion. 2° Garder la veine ouverte avec un soluté compatible. 3° Vérifier la concordance receveur-produit. 4° Prendre les signes vitaux. 5° Aviser le médecin. 6° Suivre les directives médicales. 7° Faire les prélèvements requis. 8° Compléter le formulaire de réaction transfusionnelle (F3206). 9° Aviser la banque de sang. 10° Retourner le produit et son dispositif à la banque de sang. <p>Avec l'accord du médecin, la transfusion pourra être reprise, si la condition du receveur s'améliore 30 minutes post-médication.</p>
Frissons	Tremblements irréguliers, saccadés, involontaires, plus ou moins généralisés	A-B-C	
Érythème Urticaire avec ou sans prurit	Rougeurs (rash) localisées ou généralisées Rougeurs surélevées avec ou sans prurit	A	
Dyspnée/Hypoxémie	Sensation nouvelle d'essoufflement/ $\text{SaO}_2 < 90\%$	A	
Hypotension	Baisse ≥ 30 mm Hg de la TA systolique ou diastolique ou TA systolique ≤ 80 mm Hg	A-B-C-D-E	
Tachycardie	Augmentation ≥ 40 battements par minute du pouls initial	A	
Choc vagal/septique /anaphylactique	Tachycardie, tachypnée, vasoconstriction cutanée (pâleur), sudation, hypotension, oligurie, agitation ou perte de conscience	A-B-C-D-E	
Ictère	Coloration jaunâtre de la conjonctive ou autre signe d'ictère	A-D-E	
Hémoglobinurie	Urine rougeâtre ou foncée	A-D-E	
Douleurs : céphalées/thoraciques/dorsolombaires	Nouvelles douleurs	A et selon évaluation médicale	

Référence : Guide de déclaration des événements indésirables associés à la transfusion de produits sanguins – Octobre 2017 – Institut national de santé publique du Québec.

Analyses	Description	Prélèvements requis
A	Étude de réaction transfusionnelle	2 tubes roses
B	Hémocultures du receveur	2 hémocultures aérobiques à 20 minutes d'intervalles
C	Culture du produit	* Faire par le personnel de la banque de sang *
D	Bilirubine/LDH	1 tube Or-gel
E	Analyse d'urine	miction 12 ml

Réaction transfusionnelle



Qu'est ce que ça implique immédiatement?

Qu'est ce que je dois faire?

Est-ce que mon patient pourra être transfusé de nouveau?

- › Arrêt immédiat de la transfusion
- › Garder la veine ouverte avec un soluté compatible
- › Prendre les SV complets

- › Aviser le médecin
- › Faire les analyses prévues selon le tableau *Réaction transfusionnelle*
- › Aviser la banque de sang
- › Retourner le produit et son dispositif de transfusion à la banque de sang

- › Avec l'accord du médecin
- › Prémédication au besoin selon réaction antérieure
- › 30 min post médication, si l'état du patient s'améliore
- › Risques vs bénéfices

Réaction transfusionnelle

1

Arrêt immédiat des produits sanguins en cours

2

Analyse à effectuer selon manifestations

Analyses	Description	Prélèvements requis
A	Étude de réaction transfusionnelle	2 tubes roses
B	Hémocultures du receveur	2 hémocultures aérobiques à 20 minutes d'intervalles
C	Culture du produit	* Faite par le personnel de la banque de sang *
D	Bilirubine/LDH	1 tube Or-gel
E	Analyse d'urine	miction 12 ml

3

Aviser la banque de sang

4

Retour des produits sanguins à la banque de sang

Analyse de tous les produits sanguins reçus dans les derniers 24h par la banque de sang

→ importance des coupons: 1 coupon = un produit reçu

Transfusion de produits sanguins

NON urgent

Pré transfusion

Consentement

OUI

NON

Faire signer un consentement

Code 50

OUI

NON

Faire un code 50



2^e détermination PRN, selon banque de sang

Pendant

Transfusion de produits sanguins ABO compatibles

Choix des produits sanguins selon RX

Vérification du produit à transfuser

Transfusion d'un produit sanguin à la fois

Débit de transfusion selon recommandation du Guide transfusionnel et des fiches techniques

Surveillance SV complets selon recommandations de la banque de sang

Post

Étapes post transfusion

Surveillances

Jeter le sac dans le bac Biorisque

Coupon du bordereau **rempli** à envoyer à la banque de sang

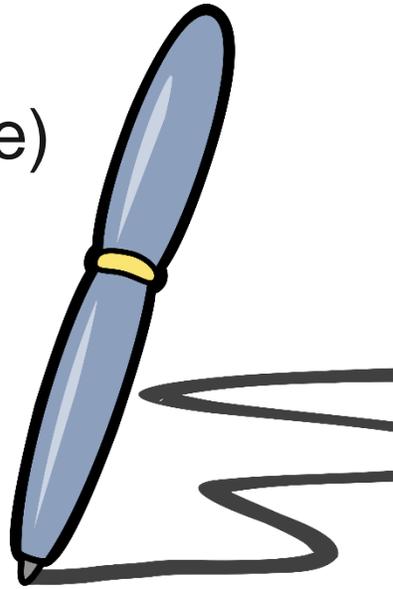
Notes au dossier

Conserver la «**notification de la transfusion de produits sanguins**» au dossier ad congé



Documentation au dossier

- Consentement signé et valide
- Signes vitaux
- Médication (avant, entre les culots, ou après selon Rx médicale)
- Nom et n° don ou n° lot du produit
- Date et l'heure du début de la transfusion
- Débit de la transfusion
- Date et l'heure de fin de la transfusion
- Quantité administrée
- Manifestations cliniques de réaction transfusionnelle (si applicable)
- Signature de l'infirmière

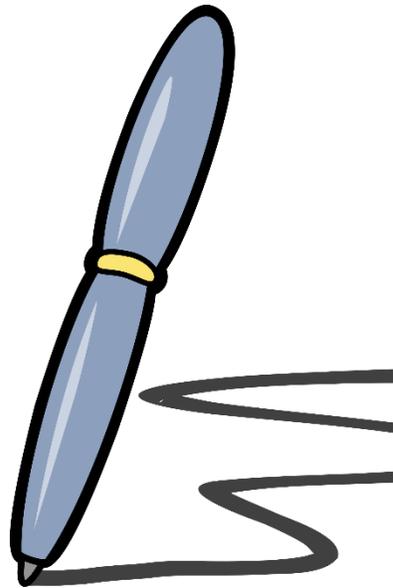




Documentation au dossier

Si réaction transfusionnelle :

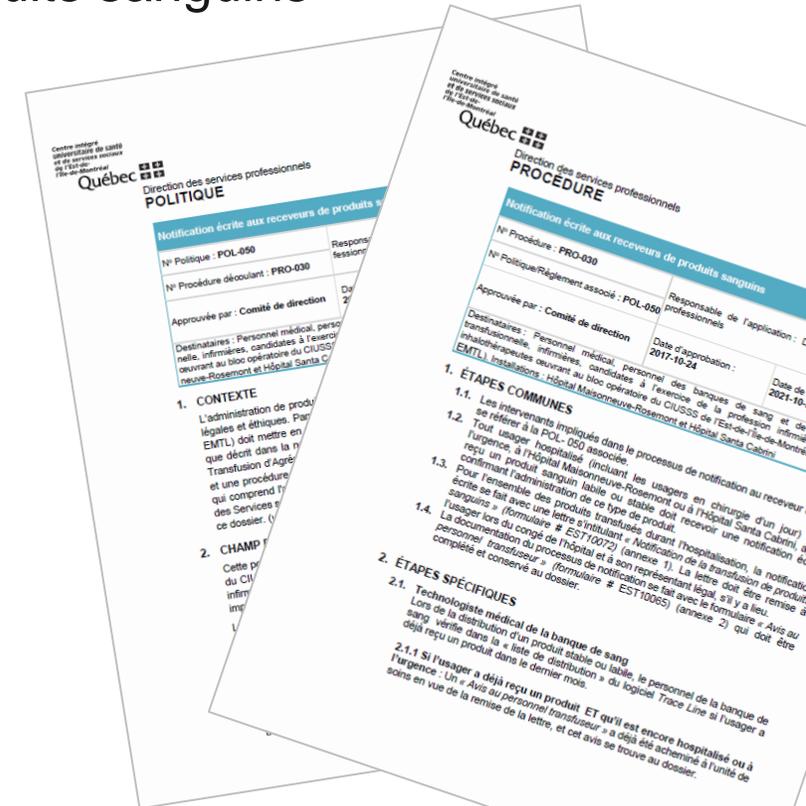
- Manifestations cliniques
- Heure de l'arrêt de la transfusion
- Information transmise au médecin
- Interventions effectuées
- Prélèvements faits
- Heure de la reprise de la transfusion (si applicable)



Politiques et procédures

- **POL-050** Politique de notification écrite aux receveurs de produits sanguins
- **PRO-030** Procédure de notification écrite aux receveurs de produits sanguins

Disponibles sur l'intranet





EST10065

N° Dossier :	1234567	Date de naissance :	Sexe :
Nom, Prénom :	Léonard, Jean		
Nom de la mère :	Simard, Jeanette		
Adresse :	5415 Boul l'Assomption		
Téléphone :	514-123-4567		
NAM :	LEOJ3800000	Expiration :	

AVIS AU PERSONNEL TRANSFUSEUR

À la réception du produit sanguin à l'unité de soins

- S'assurer qu'un formulaire de consentement à la transfusion soit signé.
- Classer le présent *Avis au personnel transfuseur* au dossier de l'utilisateur, à l'endroit approprié en vue de le traiter lors du congé de l'utilisateur. À noter, conserver une seule copie de cet avis.
- Si le produit n'est pas transfusé, détruire l'avis.

Au moment du congé de l'utilisateur :

- Adressographier une copie de la lettre *Notification de la transfusion de produits sanguins* disponible à l'unité de soins.
- Remettre la lettre *Notification de la transfusion de produits sanguins* à l'utilisateur et au représentant légal (si applicable).
- Compléter la section « Au moment du congé de l'utilisateur » du présent document.
- Classer le présent document dûment complété au dossier :
 - À HMR à la section Hématologie
 - À HSCO à la section Labo

À compléter au moment du congé de l'utilisateur

Lettre remise à l'utilisateur Lettre remise au représentant légal (si applicable) Date : _____

Nom et Prénom de la personne ayant remis la lettre à l'utilisateur :

Signature de la personne ayant remis la lettre à l'utilisateur :

L'équipe de médecine transfusionnelle



NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



EST10072

N° Dossier :	1234567	Date de naissance :	Sexe :
Nom, Prénom :	Léonard, Jean		
Nom de la mère :	Simard, Jeanette		
Adresse :	5415 Boul l'Assomption		
Téléphone :	514-123-4567		
NAM :	LEOJ3800000	Expiration :	

NOTIFICATION DE LA TRANSFUSION DE PRODUITS SANGUINS
À REMETTRE À L'USAGER

Objet : Notification de la transfusion de produits sanguins

Madame, Monsieur,

Les normes de pratiques reconnues au Québec prévoient que les personnes ayant reçu une transfusion de produit sanguin en soient informées. En conséquence, la présente confirme que, parmi les soins que vous avez reçus lors de votre hospitalisation au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal à l'Hôpital (Maisonneuve-Rosemont ou Santa Cabrini), un ou des produits sanguins vous ont été transfusés.

Au Québec, les produits sanguins distribués aux hôpitaux par Héma-Québec sont très sécuritaires. Si vous avez perdu ou que vous n'avez pas eu une copie de la brochure « *Transfusion sanguine : Des réponses à vos questions* » produite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, vous pouvez en demander une avant votre départ de l'hôpital.

Pour toute question concernant votre épisode de soins, vous pouvez en discuter avec votre infirmière ou votre médecin traitant. Au besoin, votre équipe soignante pourra contacter la banque de sang pour toute information nécessaire.

Plus d'information au sujet des produits sanguins peut être obtenue aux sites Internet de Héma-Québec (www.hema-quebec.qc.ca) ou de la Société canadienne du sang (www.blood.ca/fr).

L'équipe de médecine transfusionnelle

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Au congé

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 

Infirmières auxiliaires et CEPIA

Code 50 ?

Administration de
la transfusion ?

Surveillance des
réactions
transfusionnelles
?

Installation de
l'accès
veineux ?

Votre contribution

Surveillances per –
transfusion ?

Consentement ?

Remise de la
notification de la
transfusion ?

Prise des SV ?

Vérification du
bordereau /
produit sanguin ?

Formation obligatoire

- Selon la Norme nationale du Canada CSA-Z902:20 Sang et produits sanguins labiles - Conseil canadien des normes, chaque établissement doit posséder un programme de formation documenté qui doit englober la formation initiale et la formation continue.
- Formation sur l'ENA 11158 (*Sécurité transfusionnelle*) à chaque année.



Personne ressource

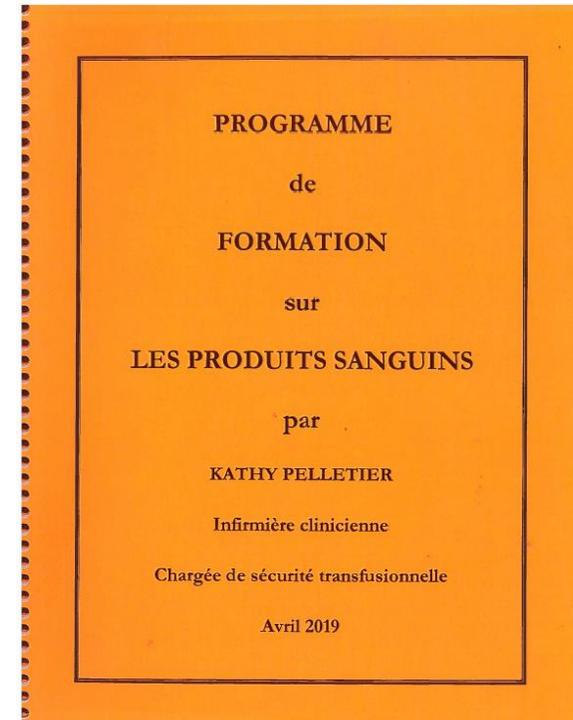


Kathy Pelletier

Infirmière clinicienne

Chargée de sécurité transfusionnelle

514-252-3400 #7260



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec 



Références

Pelletier, K. (2018) Transfusions de produits sanguins labiles, Technique de soins N° 5.1. Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pelletier, K. (2018). Culot globulaire, Technique de soins N° 5.1.1. Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pelletier K. (2018). Plaquettes, Techniques de soins N° 5.1.2. Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pelletier, K. (2018). Plasma, Techniques de soins N° 5.1.3. Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pelletier, K. (2018). Cryoprécipités, Techniques de soins N° 5.1.4. Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pelletier K. (2018). Transfusions de produits sanguins stables, Techniques de soins N° 5.2. Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Pelletier, K. (2019). Guide transfusionnel HMR. Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pelletier, K. (2017). Réaction transfusionnelle HMR. Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Pinet, L., Luu, C. & collaborateurs. (2019). Manuel d'administration des médicaments intraveineux (clientèle adulte). Installation Hôpital Maisonneuve-Rosemont. CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Hôpital Maisonneuve-Rosemont.



Références

- Société canadienne de médecine transfusionnelle (2018). *Normes pour services transfusionnels en milieu hospitalier*, SCMT.
- Conseil canadien des normes (2020). *Norme nationale du Canada CSA-Z902*.
- Santé Canada (2020). *Ligne directrice Règlement sur le sang Ébauche aux fins de consultation*, Santé Canada.



CIUSSS
de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal*

Québec 