

# **Demande de produits sanguins labiles**

## **Travail interrégional Alsace - Franche-Comté**

**DRASS - ES - EFS**

Version 1 - 2008

Ont participé à la réalisation de ce diaporama :

- **Monsieur Yvon ADAM**, Correspondant d'Hémovigilance des Hôpitaux Civils de Colmar
- **Madame Véronique BOURCIER**, Correspondant d'Hémovigilance du CHU de Besançon
- **Monsieur Jean CABALION** , Correspondant d'Hémovigilance du Centre Hospitalier de Sélestat
- **Madame Myriam DEL BIANCO**, Cadre de Santé à la clinique Sainte Odile de Strasbourg
- **Madame Arlette DELBOSC**, Coordonnateur Régional d'Hémovigilance à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Franche-Comté
- **Madame Eliane DUCHOSSOIS**, Cadre de Santé à la Clinique Sainte Odile de Haguenau
- **Madame Sabine HAUBER**, IDE à la cellule d'Hémovigilance des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- **Madame Marie-Claire PARAGE**, IDE à la clinique Sainte Odile de Strasbourg
- **Monsieur Jean-Pierre RAIDOT**, Correspondant d'Hémovigilance à l'ETS de Colmar
- **Madame Sylvie SCHLANGER**, Coordonnateur Régional d'Hémovigilance à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace
- **Madame Florence TRANCHETTI**, Cadre de Santé à l'Etablissement des Diaconesses de Strasbourg
- **Madame Chantal WALLER**, Correspondante régionale d'Hémovigilance à l'Etablissement Français du Sang Alsace

# **HEMOVIGILANCE**

## **Demande de Produits Sanguins Labiles**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues



Toute demande de Produits Sanguins Labiles comporte

- La prescription médicale de produits sanguins labiles
- Les documents de groupage sanguin valides du receveur
- La recherche d'anticorps anti-érythrocytaires (RAI)



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

The image displays two forms for requesting labile blood products (PSL). The left form is from the 'Laboratoire de Biologie Médicale - E.F.S. - Alsace - Site de Strasbourg', and the right form is from 'ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE'. Both forms include patient identification, prescribed products, and biological analyses. The word 'OU' is placed between the two forms. In the background, three purple-capped blood test tubes are visible.

**En cas d'absence des documents immuno-hématologiques (ABO-RH1, phénotype RH-KEL1 et si nécessaire phénotype étendu) nécessaires à toute demande de PSL**

- faire parvenir avec la demande, les prélèvements sanguins du receveur permettant la réalisation des examens immuno-hématologiques nécessaires à la préparation de la demande de PSL



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

## La prescription médicale comporte

- l'identification du patient : nom de naissance, le prénom, le nom marital s'il y a lieu, le sexe et la date de naissance
- l'identification de l'ES et du service de soins (n° de téléphone conseillé)
- la date de la demande
- l'identification lisible et la signature du prescripteur

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires) : **HAUTEPIERRE**

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-000008239  
N° ENTRE : DUPONT  
NOM DE NAISSANCE : née DURAND  
NOM D'ÉPOUSE : Colette  
PRÉNOM :  
NIP : 4600302

Sexe : F  M   
Date de naissance :  
Signature (obligatoire) :  
Date de prescription : 23/01/08

**PATHOLOGIE DU PATIENT :**

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRÉSCRITS**  
Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
Nombre d'unités :  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatible (groupe ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : mL  
 Déplasmatisé  Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.  
Nom et Signature du Médecin

Plasma frais congelé homologues  
Indiquer le nombre d'unités :  
0 unité = 200 mL  
INDICATIONS :  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)  
INDICATIONS :  
Volume : mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
Poids du patient (kgs) :  
Taille du patient (cm) :  
Numération plaquettaire :  
 CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
Nombre : (Moy : 3,5 ± 0,5 x 10<sup>11</sup> par produit)  
Dose recommandée = 0,5 x 10<sup>11</sup> plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.  
 CMV négatif  Irradié  
(ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
Indiquer le volume demandé : mL  
 Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE** Délai :  Urgent 2 à 3 heures  Urgence vitale < 30 mn  Urgence vitale immédiate sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence

Autres produits homologues (préciser) :

Produits sanguins labiles autologues  
Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : Plasma frais congelé (nombre d'unités) :

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

## Validité de la RAI

- validité habituelle = 3 jours (72h)
- validité étendue = 21 jours

« **Sur indication formelle du prescripteur** ou dans le cadre d'un protocole transfusionnel préétabli, **en l'absence d'antécédents transfusionnels ou d'autres épisodes immunisants** (transfusion, grossesse, greffe,..) **dans les six mois précédents....**»

*Le prescripteur coche et signe cette demande spécifique après avoir obtenu cette information*



**Circulaire du 15 décembre 2003**

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

EFS ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires) **HAUTEPIERRE**

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-00008239  
 N° ENTREE : DUPONT  
 NOM DE NAISSANCE : née DURAND  
 NOM D'ÉPOUSE : Colette  
 PRÉNOM :  
 NIP : 6734 T. 27692  
 NIP : 4600302

N° ordonnance : 7250501

SEXE : F  M   
 DATE DE NAISSANCE :  
 Signature (obligatoire) :  
 Nom du prescripteur (majuscules) : M. ENDEL

Date de prescription : 23/01/08  Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le : à h  
 Lieu de livraison :

**PATHOLOGIE DU PATIENT :**

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
 Nombre d'unités :  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatible (groupe ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : mL  
 Déplasmatisé  Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.  
 Nom et Signature du Médecin

Plasma frais congelé homologues  
 Indiquer le nombre d'unités : (1 unité = 200 mL)  
 INDICATIONS :  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)  
 INDICATIONS :  
 Volume : mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
 Poids du patient (kgs) :  
 Taille du patient (cm) :  
 Numération plaquettaire :  
 CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Nombre : (Moy : 3,5 ± 0,5 x 10<sup>11</sup> par produit)  
 Dose recommandée = 0,5 x 10<sup>11</sup> plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.  
 CMV négatif  Irradié  
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
 Indiquer le volume demandé : mL  
 Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE**  Urgent 2 à 3 heures  Urgence vitale < 30 min  Urgence vitale immédiate sans délai  
 Signature du médecin décidant de l'urgence

Autres produits homologues (préciser) :

Produits sanguins labiles autologues  
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : Plasma frais congelé (nombre d'unités) :

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

## La prescription médicale comporte

- la date, l'heure de la délivrance
- le lieu de délivrance souhaité
- le type et la quantité de produits demandés
- le degré d'urgence s'il y a lieu



**Circulaire du 15 décembre 2003**

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignement obligatoire): *HUS Hautepierre*

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplit ou collez une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle: 94-00008239 | Tel. |  
N° ENTRÉE: DUPONT  
NOM DE NAISSANCE: née DURAND  
NOM D'ÉPOUSE: Colette  
PRÉNOM: |  
NIP: 4600302

N° ordonnance: 7 2 5 0 5 0 2  
SEXE: F  M   
DATE DE NAISSANCE: |

Nom du prescripteur (obligatoire): *MÉNDEL* | Signature (obligatoire): *[Signature]*

Date de prescription: *12/10/08*  Mise en réserve à l'EFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le: *24/10/08* à *10* h  
Lieu de livraison: *6734*

**PATHOLOGIE DU PATIENT:** *Hodgkin*

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
Pour toute prescription de produit homologues, joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de PAI valide ou ses prévenances, l'ordonnance permettant de l'effectuer.

Concentrés de globules rouges homologues déléucocytés  
Nombre d'unités: *2*  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilité (prendre ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif

Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé  Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.  
Nom et Signature du Médecin: \_\_\_\_\_

Plasma frais congelé homologues  Echange plasmatique (plasmaphérese)  
Indiquer le nombre d'unités: \_\_\_\_\_ (1 unité = 200 mL)  
INDICATIONS: \_\_\_\_\_

Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
Poids du patient (kgs): \_\_\_\_\_  
Taille du patient (cm): \_\_\_\_\_  
Numération plaquettaire: \_\_\_\_\_

CP d'aphérese déléucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déléucocyté (ou IA Intercept)  
Nombre: \_\_\_\_\_ (Moy:  $3,5 \pm 0,5 \times 10^{11}$  par produit).  
Dose recommandée =  $0,5 \times 10^{11}$  plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.

CMV négatif  Irradié  
(ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)

Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
Indiquer le volume demandé: \_\_\_\_\_ mL

Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE**  Urgent  Urgence vitale  Urgence vitale immédiate  
Délai: 2 à 3 heures < 30 min sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence: \_\_\_\_\_

Autres produits homologues (préciser): \_\_\_\_\_

Produits sanguins labiles autologues  
Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): \_\_\_\_\_ Plasma frais congelé (nombre d'unités): \_\_\_\_\_

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues



En cas de prescription de plasma frais congelé préciser

- l'indication qui motive la prescription
- le volume souhaité en cas d'échange plasmatique



**Circulaire du 15 décembre 2003**

**EFSS** **ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**  
 ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires) **CHU**

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque bouteille

Unité fonctionnelle: 94-00008239  
 N° ENTRÉE: DUPONT  
 NOM DE NAISSANCE: née DURAND  
 NOM D'ÉPOUSE: Colette  
 PRÉNOM: Colette  
 Date de naissance: 12-05-1945 F  
 NIP: UF 6734 T.27692  
 NIP: 4600302

N° ordonnance: 7250503  
 SEXE: F  M   
 DATE DE NAISSANCE: 12 05 1945

Nom du prescripteur (obligatoire): MENDEL Signature (obligatoire): [Signature]

Date de prescription: 23/01/08  Mise en réserve à l'EFSS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le: 24/01/08 à 10 h  
 Lieu de livraison: 6734

**PATHOLOGIE DU PATIENT:** Hodgkin + biopsie hépatique

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI validé ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
 Nombre d'unités: \_\_\_\_\_  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilisé (glande endocrinienne et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé  Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.  
 Nom et Signature du Médecin: \_\_\_\_\_

Plasma frais congelé homologues  
 Indiquer le nombre d'unités: 2 (1 unité = 200 mL)  
**INDICATIONS:**  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre: biopsie

Echange plasmatique (plasmaphérese)  
**INDICATIONS:** \_\_\_\_\_  
 Volume: \_\_\_\_\_ mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
 Poids du patient (kgs): \_\_\_\_\_  
 Taille du patient (cm): \_\_\_\_\_  
 Numération plaquettaire: \_\_\_\_\_  
 CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Nombre: \_\_\_\_\_ (Moy: 3,5 ± 0,5 x 10<sup>10</sup> par produit)  
 Dose recommandée = 0,5 x 10<sup>10</sup> plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.  
 CMV négatif  Irradié  
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
 Indiquer le volume demandé: \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE**  
 Délai:  Urgent 2 à 3 heures  Urgence vitale < 30 mn  Urgence vitale immédiate sans délai

Signature du médecin déclarant de l'urgence: \_\_\_\_\_

Autres produits homologues (préciser): \_\_\_\_\_

Produits sanguins labiles autologues  
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): \_\_\_\_\_ Plasma frais congelé (nombre d'unités): \_\_\_\_\_

**ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE**  
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
 Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre: Tél. 03 89 12 71 72 - Fax 03 89 12 71 74

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignement obligatoire): Hautepierre

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille.

Unité fonctionnelle: 94-000008239 | Tél: \_\_\_\_\_  
 N° ENTRÉE: DUPONT | N° ordonnance: N° 7250504  
 NOM DE NAISSANCE: née DURAND | Sexe: F  M   
 NOM D'ÉPOUSE: Colette | DATE DE NAISSANCE: 12-05-1945  
 PRÉNOM: JP | NIP: 6734 T. 27692 | Lieu de livraison: 6734

Pathologie du patient: Kidney

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés

Concentrés de plaquettes (CP) homologues

Nombre d'unités: \_\_\_\_\_  
 Poids du patient (kgs): 55kg  
 Taille du patient (cm): 162 cm  
 Numération plaquettaire: 30 000 le 22/1/08

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.

Plasma frais congelé homologue

Échange plasmatique (plasmaphérèse)

Produits sanguins labiles autologues

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



En cas de prescription de plaquettes préciser

- le poids du receveur (la taille si possible)
- la date et les résultats de la dernière numération plaquettaire
- la quantité souhaitée en fonction de la NP à atteindre ( $\sim 0,5$  à  $0,7 \times 10^{11}/7$  kgs de poids,  $\blacktriangleright$  de 20 000 plaquettes en moyenne)



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Des procédures spécifiques à l'urgence sont rédigées et validées par l'ES

Elles intègrent les trois notions :

- d'urgence relative (délivrance 2 à 3h)
- d'urgence vitale (délivrance < 30 min)
- d'urgence vitale immédiate (délivrance sans délai)

La notion d'urgence doit apparaître sur l'ordonnance, avec la signature du prescripteur décidant du degré d'urgence



**Circulaire du 15 décembre 2003**

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

**IDENTIFICATION DU PATIENT** (Recueillir ou coller une étiquette sur chaque feuille)

Unité fonctionnelle: 94-000008239  
 N° ENTRÉE: DUPONT  
 NOM DE NAISSANCE: née DURAND  
 NOM D'ÉPOUSE: Colette  
 PRENOM: UF 6734 T. 27692  
 NIP: 4600302

N° ordonnance: 7250505

SEXE: F  M   
 DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

Nom du prescripteur (masqués): MENDL Signature (obligatoire): \_\_\_\_\_

Date de prescription: 23/01/08  Mise en réserve à l'EFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le: \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
 Lieu de livraison: \_\_\_\_\_

**PATHOLOGIE DU PATIENT:** \_\_\_\_\_

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
 Pour toute prescription de produit homologues, joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de tout autre ou les prélèvements et l'ordonnance émanant de l'acteur.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
 Nombre d'unités: 4  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilité (joindre ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé  Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.  
 Nom et Signature du Médecin: \_\_\_\_\_

Plasma frais congelé homologues  
 Indiquer le nombre d'unités: 3 (1 unité = 200 mL)  
**INDICATIONS:**  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérèse)  
**INDICATIONS:** \_\_\_\_\_  
 Volume: \_\_\_\_\_ mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
 Poids du patient (Kgs): \_\_\_\_\_  
 Taille du patient (cm): \_\_\_\_\_  
 Numération plaquettaire: \_\_\_\_\_  
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Nombre: \_\_\_\_\_ (Moy: 3,5 ± 0,5 x 10<sup>11</sup> par produit)  
 Dose recommandée = 0,5 x 10<sup>11</sup> plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.  
 CMV négatif  Irradié (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
 Indiquer le volume demandé: \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE**  
 Délai:  Urgent 2 à 3 heures  Urgence vitale < 30 min  Urgence vitale immédiate sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence: \_\_\_\_\_

Autres produits homologues (préciser): \_\_\_\_\_

Produits sanguins labiles autologues  
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): \_\_\_\_\_ Plasma frais congelé (nombre d'unités): \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
 Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

## Rôle des intervenants

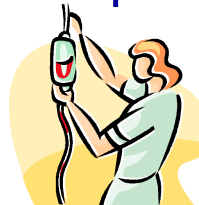
### Le médecin

- informe le patient selon la procédure en vigueur dans l'ES



- note dans le dossier de soins la prescription de PSL

- remplit et signe l'ordonnance de PSL, en sélectionnant les produits les plus adaptés au patient



- veille à la réalisation de l'acte transfusionnel dans les conditions optimales de sécurité (éviter la nuit, les WE et les jours fériés)



**Circulaire du 15 décembre 2003**



# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

<b>Nature de la non conformité</b>	<b>Refus de la demande</b>
Absence nom de l'ES ou service	Appel *
Identité incomplète du receveur	OUI
Discordance dans l'identité du receveur sur les différents documents	OUI
Identification absente ou illisible du prescripteur : nom et signature	OUI
Absence de date et/ou lieu de livraison	Appel *
Type et/ou quantité de PSL non renseigné	Appel *
Qualification de PSL non conforme au protocole transfusionnel	Appel *
Poids patient et/ou résultat numération non renseignés pour CP	Appel *
Indication prescription de PFC non renseignée	Appel *

\* Intervention téléphonique d'une technicienne EFS au service pour obtention des informations



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Exemple  
d'ordonnance  
non conforme

**EFSS** **ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**  
ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille)

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-00008239 | N° ENTRÉE : DUPONT | NOM DE NAISSANCE : née DURAND Colette | NOM D'ÉPOUSE : UF 6734 T. 27692 | PRÉNOM : NIP : 4600302

N° ordonnance : 7 2 6 5 5 9 6

SEXE :  F  M | DATE DE NAISSANCE : / /

Nom du prescripteur (en majuscules) : | Signature (obligatoire) :

Date de prescription : 23/01/08 |  Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance. |  Commande ferme pour délivrance le : / / à h

Lieu de livraison :

**PATHOLOGIE DU PATIENT :**

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
Pour toute prescription de produit homologues prendre une carte ou un document de groupe sanguin et de RAI valide, ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés

Nombre d'unités : |  Phénotype Rh-Kell |  Phénotype étendu |  Compatibilité (prendre ordonnance et tube EDTA) |  CMV négatif

Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : mL |  Déplasmatisé |  Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.

Nom et Signature du Médecin : |  Plasma frais congelé homologues |  Echange plasmatique (plasmaphérese)

Indiquer le nombre d'unités : 2 (1 unité = 200 mL.) | INDICATIONS : | Volume : mL

Hémorragie massive |  Coagulopathie de consommation |  Déficit complexe rare en facteur de coagulation | Autre :

Concentrés de plaquettes (CP) homologues

Poids du patient (kgs) : | Taille du patient (cm) : | Numération plaquettaire : |  CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept) |  Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)

Nombre : (Moy :  $3,5 \pm 0,5 \times 10^9$  par produit) | Dose recommandée =  $0,5 \times 10^9$  plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.

CMV négatif |  Irradié (ou équivalent Intercept) |  Réduction de volume |  Préparation pédiatrique | Indiquer le volume demandé : mL |  Déplasmatisé

Signature du médecin décidant de l'urgence : | **NOTION D'URGENCE** |  Urgent |  Urgence vitale 2 à 3 heures |  Urgence vitale immédiate < 30 mn |  Urgence vitale immédiate sans délai

Autres produits homologues (préciser) : |  Produits sanguins labiles autologues

Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : | Plasma frais congelé (nombre d'unités) :

**ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE**  
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-Alsace : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

- absence date, heure et lieu de livraison
- absence identification du prescripteur
- absence de l'indication de prescription de PFC



**Refus de l'ordonnance**



**Circulaire du 15 décembre 2003**

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Remplissage obligatoire):

N° ordonnance

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle: 94-00008239 | Tél. L. | N° ENTRÉE: DUPONT | Sexe: F  M  | DATE DE NAISSANCE: Colette | NIP: 6734 T. 27692 | NIP: 4600302

Nom du prescripteur (majuscules): | Signature (obligatoire):

Date de prescription: 23/01/08 | Mise en réserve à l'ÉFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance. | Commande ferme pour délivrance le: | Lieu de livraison:

**PATHOLOGIE DU PATIENT:**

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés | Concentrés de plaquettes (CP) homologues

Nombre d'unités: | Poids du patient (kgs): | Taille du patient (cm): | Numération plaquettaire:

Phénotype Rh-Kell |  Phénotype étendu |  CMV négatif |  CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)

Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: mL |  Mélangé de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)

Déplasmatisé |  Irradié | Nombre: (Moy: 3,5 ± 0,5 x 10<sup>11</sup> par produit) | Dose recommandée = 0,5 x 10<sup>11</sup> plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois |  Echange plasmatique (plasmaphérese)

Nom et Signature du Médecin: | Indiquer le nombre d'unités: 2 | INDICATIONS: | INDICATIONS:

Plasma frais congelé homologue |  Hémorragie massive |  Coagulopathie de consommation |  Déficit complexe (en cas de saignement de coagulation) |  Autre | Volume: mL | Indiquer le volume demandé: mL |  Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE**  Urgent: Délai: 2 à 3 heures |  Urgence vitale: < 30 mn |  Urgence vitale immédiate: sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence:

Autres produits homologues (préciser):

Produits sanguins labiles autologues

Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): | Plasma frais congelé (nombre d'unités):

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-Alsace: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Exemple  
d'ordonnance  
non conforme

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

**EFS** ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Remarque obligatoire)

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_  
 N° ENTRÉE : \_\_\_\_\_ NIP : \_\_\_\_\_  
 NOM DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 NOM D'ÉPOUSE : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 N° ordonnance : \_\_\_\_\_  
 SEXE : F  M   
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 Nom du prescripteur (majuscules) : MENDEL Signature (obligatoire) : \_\_\_\_\_  
 Date de prescription : 23.01.08  Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le : 24.01.08 à 10 h  
 Lieu de livraison : 6734

**PATHOLOGIE DU PATIENT** : Hodgkin

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
 Nombre d'unités : \_\_\_\_\_  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé  Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
 Poids du patient (Kgs) : 55 kg  
 Taille du patient (cm) : 162 cm  
 Numération plaquettaire : 30'000 le 22/1/08  
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Nombre : 2 (Moy :  $3,5 \pm 0,5 \times 10^{11}$  par produit)  
 Dose recommandée =  $0,5 \times 10^{11}$  plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.  
 CMV négatif  Irradié  
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
 Indiquer le volume demandé : \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé

Plasma frais congelé homologues (1 unité = 200 mL)  
 INDICATIONS : \_\_\_\_\_  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)  
 INDICATIONS : \_\_\_\_\_  
 Volume : \_\_\_\_\_ mL

**NOTION D'URGENCE**  Urgent  Urgence vitale  Urgence vitale immédiate  
 Délai : 2 à 3 heures < 30 mn sans délai

Autres produits homologues (préciser) : \_\_\_\_\_

Produits sanguins labiles autologues  
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : \_\_\_\_\_ Plasma frais congelé (nombre d'unités) : \_\_\_\_\_

Signature du médecin décidant de l'urgence : \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

→ pas d'identification du receveur




Refus de l'ordonnance




Circulaire du 15 décembre 2003

**EFS** **ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**  
 ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Remplir obligatoirement)

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

N° ordonnance:  N° 7 2 5 5 9 9

Unité fonctionnelle: \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_  
 N° ENTREE: \_\_\_\_\_ NIP: \_\_\_\_\_  
 NOM DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_ SEXE: F  M   
 NOM D'ÉPOUSE: \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM: \_\_\_\_\_

Nom du prescripteur (majuscules): MENDEL Signature (obligatoire):   
 Date de prescription: 23.01.08  Mise en réserve à l'EFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le: 24.01.08 à 10 h  
 Lieu de livraison: 6734

PATHOLOGIE DU PATIENT: Hodgkin

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
 Nombre d'unités: \_\_\_\_\_  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé  Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
 Poids du patient (kgs): 55 kg  
 Taille du patient (cm): 162 cm  
 Numération plaquettaire: 30'000 le 22/1/08  
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)

Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Nombre: 2 (Moy:  $3,5 \pm 0,5 \times 10^{10}$  par produit)  
 Dose recommandée =  $0,5 \times 10^{10}$  plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.  
 CMV négatif  Irradié  
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
 Indiquer le volume demandé: \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé

Plasma frais congelé homologues  
 Indiquer le nombre d'unités: \_\_\_\_\_ (1 unité = 300 mL)  
**INDICATIONS:**  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)  
 INDICATIONS: \_\_\_\_\_  
 Volume: \_\_\_\_\_ mL

**NOTION D'URGENCE** Délai:  Urgent: 2 à 3 heures.  Urgence vitale: < 30 mn.  Urgence vitale immédiate sans délai.  
 Signature du médecin décidant de l'urgence: \_\_\_\_\_

Autres produits homologues (préciser): \_\_\_\_\_

Produits sanguins labiles autologues  
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): \_\_\_\_\_ Plasma frais congelé (nombre d'unités): \_\_\_\_\_

**ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE**  
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
 Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Exemple  
d'ordonnance  
non conforme

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-000008239 Tél. : \_\_\_\_\_  
 N° ENTRÉE : DUPONT  
 NOM DE NAISSANCE : née DURAND  
 NOM D'ÉPOUSE : Colette  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 UF : 6734 T. 27692  
 NIP : 4600302

N° ordonnance : \_\_\_\_\_  
 SEXE : F  M   
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

Nom du prescripteur (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Signature (obligatoire) : \_\_\_\_\_  
 Date de prescription : \_\_\_\_\_  Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
 Lieu de livraison : \_\_\_\_\_

**PATHOLOGIE DU PATIENT :** \_\_\_\_\_

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

**Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés**  
 Nombre d'unités : 2  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé  Irradié

**Concentrés de plaquettes (CP) homologues**  
 Poids du patient (kgs) : \_\_\_\_\_  
 Taille du patient (cm) : \_\_\_\_\_  
 Numération plaquettaire : \_\_\_\_\_  
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Nombre : \_\_\_\_\_ (Moy : 3,5 ± 0,5 x 10<sup>11</sup> par produit)  
 Dose recommandée = 0,5 x 10<sup>11</sup> plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.  
 CMV négatif  Irradié  
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
 Indiquer le volume demandé : \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé

**Plasma frais congelé homologues**  
 Indiquer le nombre d'unités : \_\_\_\_\_ (1 unité = 200 mL)  
**INDICATIONS :**  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre : \_\_\_\_\_

**Echange plasmatique (plasmaphérese)**  
**INDICATIONS :** \_\_\_\_\_  
 Volume : \_\_\_\_\_ mL

**NOTION D'URGENCE** Délai :  Urgent 2 à 3 heures  Urgence vitale < 30 mn  Urgence vitale immédiate sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence : \_\_\_\_\_

**Autres produits homologues (préciser) :** \_\_\_\_\_

**Produits sanguins labiles autologues**  
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : \_\_\_\_\_ Plasma frais congelé (nombre d'unités) : \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

- absence d'identification et signature du prescripteur
- absence des date de prescription, date et lieu de délivrance
- signature du prescripteur décidant de l'urgence



## Refus de l'ordonnance



**Circulaire du 15 décembre 2003**

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**  
ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-000008239 T.él. : \_\_\_\_\_  
N° ENTRÉE : DUPONT  
NOM DE NAISSANCE : née DURAND  
NOM D'ÉPOUSE : Colette  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : 19-05-1945 F  
Sexe : F  M   
NIP : 6734 T. 27692  
NIP : 4600302

N° ordonnance : \_\_\_\_\_  
N° : 7 2 6 5 5 9 8

Nom du prescripteur (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Signature (obligatoire) : \_\_\_\_\_  
Date de prescription : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
 Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
Lieu de livraison : \_\_\_\_\_

**PATHOLOGIE DU PATIENT :** \_\_\_\_\_

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
Nombre d'unités : 2  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : \_\_\_\_\_ mL  
 Déplasmatisé  Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
Poids du patient (kgs) : \_\_\_\_\_  
Taille du patient (cm) : \_\_\_\_\_  
Numération plaquettaire : \_\_\_\_\_

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.  
Nom et Signature du Médecin : \_\_\_\_\_

CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)  
Nombre : \_\_\_\_\_ (Moy :  $3,5 \pm 0,5 \times 10^{11}$  par produit)  
Dose recommandée =  $0,5 \times 10^{11}$  plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.

Mélanges de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
Indiquer le volume demandé : \_\_\_\_\_ mL

Plasma frais congelé homologues  
Indiquer le nombre d'unités : \_\_\_\_\_ (1 unité = 200 mL)  
INDICATIONS :  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit congénite rare en facteur de coagulation  
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)  
INDICATIONS : \_\_\_\_\_  
Volume : \_\_\_\_\_ mL

CMV négatif  Irradié  
(ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique

Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE**  Urgent  Urgence vitale  Urgence vitale immédiate  
Signature du médecin décidant de l'urgence : \_\_\_\_\_  
Délai : 2 à 3 heures < 30 min sans délai

Autres produits homologues (préciser) : \_\_\_\_\_

Produits sanguins labiles autologues  
Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : \_\_\_\_\_ Plasma frais congelé (nombre d'unités) : \_\_\_\_\_

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Exemple  
d'ordonnance  
non conforme

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

**IDENTIFICATION DU PATIENT** *Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille*

Unité fonctionnelle : 94-00008239 Tél. :  
 N° ENTRÉE : DUPONT  
 NOM DE NAISSANCE : née DURAND  
 NOM D'ÉPOUSE : Colette  
 PRÉNOM :  
 NIP : 6734 T. 27692  
 NIP : 4600302

N° ordonnance : 7 2 5 5 9 7  
 SEXE : F  M   
 DATE DE NAISSANCE : / /

Nom du prescripteur (majuscules) : M. N. D. E. L. Signature (collatoire) :  
 Date de prescription : 23/01/08  Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le : 24/01/08 à 10 h  
 Lieu de livraison : 6734

**PATHOLOGIE DU PATIENT :** Hodgkin

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRÉSCRITS**  
*Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupe sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer*

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
 Nombre d'unités :  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : mL  
 Déplasmatisé  Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
 Poids du patient (kgs) :  
 Taille du patient (cm) :  
 Numération plaquettaire :  
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Nombre : 2 (Moy :  $3,5 \pm 0,5 \times 10^9$  par produit)  
 Dose recommandée =  $0,5 \times 10^9$  plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.

Plasma frais congelé homologues  
 Indiquer le nombre d'unités : (1 unité = 200 mL)  
**INDICATIONS :**  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre

Echange plasmatisé (plasmaphérese)  
**INDICATIONS :**  
 Volume : mL  
 CMV négatif  Irradié (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
 Indiquer le volume demandé : mL  
 Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE**  Urgent  Urgence vitale  Urgence vitale immédiate sans délai  
 Délai : 2 à 3 heures < 30 mn

Signature du médecin décidant de l'urgence :  
 Autres produits homologues (préciser) :  
 Produits sanguins labiles autologues  
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : Plasma frais congelé (nombre d'unités) :

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE  
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

→ manque résultat numération plaquettaire et poids du patient

Intervention téléphonique d'une technicienne EFS au service pour obtenir l'information



**Circulaire du 15 décembre 2003**

**ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**  
ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

**IDENTIFICATION DU PATIENT** Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-000008239 Tél. :  
N° ENTRÉE : DUPONT  
NOM DE NAISSANCE : née DURAND  
NOM D'ÉPOUSE : Colette  
PRÉNOM :  
UF : 6734 T. 27692  
NIP : 4600302

N° ordonnance : 7 2 6 5 5 9 7  
SEXE : F  M   
DATE DE NAISSANCE : / /

Nom du prescripteur (majuscules) : M. E. N. D. E. L. Signature (collagatoire) :  
Date de prescription : 12/30/10/08  Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.  
 Commande ferme pour délivrance le : 12/40/10/08 à 10 h  
Lieu de livraison : 6734

**PATHOLOGIE DU PATIENT :** Hodgkin

**NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS**  
Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupe sanguin et de RAI valide au les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés  
Nombre d'unités :  
 Phénotype Rh-Kell  Phénotype étendu  
 Compatibilisé (poudre ordonnance et tube EDTA)  CMV négatif  
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : mL  
 Déplasmatisé  Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues  
Poids du patient (kgs) :  
Taille du patient (cm) :  
Numération plaquettaire :  
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)  
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)  
Nombre : 2 (Moy :  $3,5 \pm 0,5 \times 10^{11}$  par produit)  
Dose recommandée =  $0,5 \times 10^{11}$  plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1<sup>re</sup> intention.

Plasma frais congelé homologue  
Indiquer le nombre d'unités : (1 unité = 200 mL)  
INDICATIONS :  
 Hémorragie massive  
 Coagulopathie de consommation  
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation  
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)  
INDICATIONS :  
Volume : ..... mL  
 CMV négatif  Irradié  
(ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)  
 Réduction de volume  Préparation pédiatrique  
Indiquer le volume demandé : ..... mL  
 Déplasmatisé

**NOTION D'URGENCE**  Urgent  Urgence vitale  Urgence vitale immédiate  
Délai : 2 à 3 heures < 30 mn sans délai  
Signature du médecin décidant de l'urgence

Autres produits homologues (préciser) :  
 Produits sanguins labiles autologues  
Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : Plasma frais congelé (nombre d'unités) :

**ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE**  
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25  
Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

## Questions



- Je suis donneur de sang, ma carte de donneur est elle considérée comme une carte de groupe sanguin ?
- Peut-on commander des PSL avec deux documents de groupage provenant de deux laboratoires différents, avec chacun une seule détermination ?
- Peut-on transfuser (en dehors de l'urgence) avec un seul phénotype RH-KEL connu ?
- Une carte de groupe avec le nom et le prénom sans le nom de naissance est-elle valide ?
- Je me suis mariée : ma carte de groupe sanguin est à mon nom de naissance, est-elle valide ?
- Une carte de groupe sanguin où figurent le nom et le prénom sans savoir s'il s'agit du nom marital ou nom de naissance est-elle valide ?



**Circulaire du 15 décembre 2003**

# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

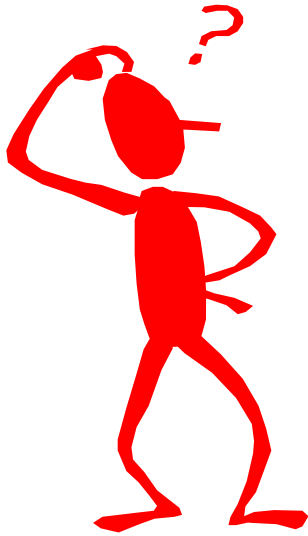


## Textes réglementaires

- **Circulaire du 15 décembre 2003 DGS/DHOS/AFSSAPS n°03/582** relative à la réalisation de l'acte transfusionnel
- **Circulaire DGS/DHOS/SD3/2006 du 11 janvier 2006** relative aux analyses et tests pratiqués sur les receveurs de produits sanguins labiles
- **Décision du 6 Novembre 2006** définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L. 1223-3 du code de la santé publique



# Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues



QUESTIONS.....???