

« Presque accident TF ou respect des procédures »

Catherine TIRY - Dépôt de sang de délivrance -
CH CAMBRAI

Journée inter-régionale d'hémovigilance

13 mars 2012 - LILLE

1^{ère} FIG

- Le 12/12/2011 – 4h56 - le laboratoire reçoit **NF et RAI pour Mme X** née en 1923.
- En peu plus tard : le dépôt reçoit une **commande de 2CGR en UV** pour Mme X – délai permettant d'attendre le résultat de la RAI mise en route-
- Le dossier transfusionnel est transmis avec la commande: **groupe Mme X (A +, -3, K-)**

Contexte service de soin

- Patiente du service d'HGE, présentant des hématomésés et une TA effondrée.
- Hémoglobine à 4h56 = 8,6 g/dl
- IDE de garde cette nuit là **n'est pas du service**
- L'interne de garde:
 - est du service, mais pas de ce secteur donc **ne connaît pas physiquement cette patiente**
 - est arrivée depuis 1mois ^{1/2}, en 1^{er} semestre d'internat
 - Doit gérer 2 « chocs hémorragiques » dans 2 services différents en même temps.

Au dépôt

- Au moment de délivrer les CGR, coup de fil du service « **erreur de patiente** » **arrêtez tout!**
- Nouvelle prescription arrive en **UVI** pour Mme Y de groupe O +

Que s'est-il passé, et comment le service a « bloqué » (1)

- Erreur initiale de l'IDE qui **inverse 2 chambres** et réalise toute la démarche pré-transfusionnelle sur l'identité de l'autre patiente: NF, RAI, dossier TF
- Elle **transmet à l'interne le mauvais dossier** médical....qui prescrit la transfusion pour la mauvaise patiente
- Nb: patiente **peu interrogeable** initialement

Dans le service de soin (2)

- Premiers soins pour récupérer la TA
- La patiente devient interrogeable
- L'interne se pose des questions, car **l'HDM semble plutôt correspondre à une autre patiente** (vu au Urgences 15j auparavant)
- L'IDE **reprend calmement la procédure transfusionnelle** : interrogatoire du patient, vérification d'identité....pendant que l'ASH est descendue au dépôt chercher les PSL

Dans le service de soin (3)

- Découverte de l'erreur in extremis avant la délivrance, ce qui a évité:
 - Une **erreur ABO** (qui aurait encore pu être bloquée lors de la concordance d'identité au lit du patient et carte PTU)
 - Une **destruction des PSL** sortis du dépôt (car non repris)
 - Un **retard de transfusion** encore plus important pour la patiente Mme Y

Déclaration et FIG

- Déclaration le lendemain matin au correspondant d'hémovigilance par le technicien de garde au dépôt de sang
- Enquête réalisée et FIG déclarée
- Débriefing avec IDE par le biais de la cadre (car IDE poste de nuit) et avec l'interne.

!Erreur Non « détectable » au dépôt de sang!

- Commentaire de l'interne:
 - Très peur à postériori
 - Ne fera jamais plus de prescriptions de PSL sans vérifier elle-même de l'identité des patients

Actions correctives/préventives

- Re-sensibilisation des IDE du service
- Utilisation de cette FIG lors
 - des formations nouvelles IDE
 - des formations des nouveaux internes
 - Des formations IFSI

Conclusion FIG 1

- Grâce à la fois à la vigilance de l'interne qui a un « doute » sur l'histoire clinique
- Grâce à la reprise consciencieuse des procédures transfusionnelles, une fois le « l'urgence médicale passée »,

!un accident ABO a pu être évité!

2^{ème} FIG

- ASH dépose un dossier TF pour Mme X : prescription, groupe (O), RAI
- Délivrance par dépôt de sang, via « cursus »
- **Appel du service un peu plus tard « Erreur ABO sur la carte PTU » patiente O, CGR délivré A!**
- Surprise au dépôt car délivrance informatisée qui normalement devrait être bloquante

Que s'est-il passé?

Au dépôt

- Le technicien du dépôt – occasionnel- a pris le dossier transmis par l'ASH et démarre les vérifications (identité, RAI valide, photocopies...)
- **Est dérangé** par l'arrivée de la titulaire du dépôt, discute un peu, et reprend la délivrance entamée
- MAIS il prend **un autre dossier** en attente (classeur en attente)
- **Fait toute la délivrance, y compris informatique sur le mauvais dossier**

Erreurs du dépôt

- **Interruption** au cours d'une délivrance sans reprendre à « zéro » ensuite
- Délivrance à partir d'un « double » de la prescription, au lieu de l'original
- Pas de nouvelle **vérification à la remise** des PSL / support écrit avec l'identité receveur
- **Inattention**

Dans le service

- Nouvelle **IDE non habilitée** à transfuser: recours à une IDE expérimentée pour réaliser la transfusion.
- Celle-ci débordée, fait **toutes les étapes en même temps**: PTU parallèlement à la vérification d'identité patient
- Le CGR est posé (non démarré)!
- Elle « hallucine » quand elle voit l'incompatibilité ABO sur la carte PTU et tel au dépôt
- Elle **reprend toutes les étapes de concordance d'identité** de la procédure et se rend compte que tout le dossier transfusionnel est au nom d'un autre patient

Conséquences

- « Sueurs froides »
- Blocage par la carte PTU
- Intérêt de l'habilitation des nouvelles IDE (qui aurait peut-être « bloqué », mais)
- Enquête et FIG déclarée
- Félicitations à l'IDE qui a « bloqué »


MAIS

Erreurs services

- Pas de **vérification à réception** dans le service
- Carte PTU réalisée **AVANT la vérification de concordance d'identité** lors de l'acte transfusionnel, contrairement à la procédure

Mesures correctives/préventives

- Rappel dans tous les services de l'importance de la procédure « vérification à réception »
 - Par l'IDE titulaire du dépôt dans le service concerné
 - Par les ref IDE des services dans les autres (sur courrier du dépôt)
- Rappel de l'importance de la « concordance d'identité » en première étape de l'acte transfusionnel

	HEMOVIGILANCE	N° Document : P VHEM 011
	CHECK-LIST RECAPITULATIVE DES DOCUMENTS INDISPENSABLES POUR DELIVRANCE DE PSL	Date : Mai 1999 Révision : Août 2008
Mots clés : transfusion, PSL, demande.		MO VHEM 001 R 00

Documents indispensable pour venir chercher le PSL

- L'identité du patient sur un support écrit
- Les examens immuno-hématologiques obligatoires (s'ils ne sont pas au dépôt) :
Carte de groupe ET RAI valide
Prescription médicale
Dossier transfusionnel s'il existe
- Le sac isotherme spécifique au transport de PSL.
- La FDN en cours à partir du 2^{ème} PSL

Transport PSL du dépôt à l'Unité de Soins :

- Retour dans le service sans délai
- Remettre en main propre la commande à l'infirmier(e)
- Ou déposer dans la salle de soins ET prévenir l'infirmier(e)

Vérification des Concordances

- PSL livré ↔ PSL prescrit
- Le numéro du PSL ↔ numéro PSL sur FDN
- Identité du patient ↔ identité inscrite sur FDN
- Le groupe patient ↔ groupe PSL
- Si CGR compatibilisé : Identité du patient ↔ identité inscrite sur PSL

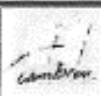
Délai de transfusion:

- Sac isotherme non dissocié du dossier transfusionnel dans la salle de soins
(JAMAIS dans le réfrigérateur du service)
- CGR et PF : transfusion immédiate... à MAXIMUM 6h
- CP : transfusion immédiate (agitation permanente)

En cas de NON utilisation du PSL, ou délai > 6H

- Renvoyer le PSL et la FDN au dépôt de sang, sans délai.
- Mentionner la cause du retour.

**Toute discordance ou anomalie impose un appel au dépôt de sang
Et l'INTERDICTION de transfuser**

	HEMOVIGILANCE	N° Document : P VHEM 014 R02
	L'Acte Transfusionnel	Date : mai 2001 Révision : 20 mars 2009
Mots clés : transfusion, Acte, Hémovigilance		N° de pages : 8/10

Documents indispensables

- Prescription médicale
- Carte de groupes sanguins phénotypes valides
- RAI valide (<72h)
- FDN et Fiche transfusionnelle

Contrôle Ultime de Concordance

- Contrôle de l'**IDENTITE** du patient : lui demander de décliner son identité (si possible)
 - Nom patronymique
 - Nom marital
 - Prénom
 - Date de Naissance
- Concordance d'identité entre :
Prescription ↔ FDN ↔ Carte de Groupe ↔ RAI
- Concordance de groupe entre :
Groupe patient ↔ Groupe du PSL ↔ FDN
- Concordance du N° PSL
FDN ↔ PSL
- Date et heure de péremption du PSL et aspect

Pose du cathéter

- Pose aseptique du cathéter
- Prélèvement du tube sec avec identification :

Carte PTU

- Réalisation de la carte PTU au lit du patient
- Lecture et interprétation : montrer systématiquement au Prescripteur si ABO non identique.

Transfusion

- Pose de la transfusion (Pas de thérapeutique en y)
- Régler le débit

Surveillance

- Continue les 15 premières minutes,
- Régulière par la suite.
- Noter la surveillance du patient dans le dossier à l'aide de l'étiquette autocollante

Traçabilité immédiate

- Renseigner la fiche de délivrance nominative
- Renseigner la fiche transfusionnelle

Actions correctives/préventives

- Obligation pour le technicien qui a commis l'erreur d'utiliser **systematiquement une check-list** lors de la délivrance des PSL
- **Rappel** des bonnes pratiques
- Demande de « fermer » le classeur transfusion en attente, pour avoir **1! dossier à la fois** au dépôt
- Utilisation de la FIG lors des formations
 - IDE, IFSI
 - Techniciens dépôt

CONCLUSION

L'erreur est humaine....

Une procédure est une aide, et non une
contrainte!

***Procédures respectées = sécurité augmentée
= vie sauvée***