

**REHAL**

**Réseau Experts Hémovigilance Aquitaine-Limousin**

**Evaluation des connaissances  
et pratiques en transfusion  
sanguine**

**QUESTIONNAIRE A - Réponses**

Version du 04/04/2008

# Questionnaire d'évaluation des connaissances et pratiques en transfusion sanguine

Ces documents ont été élaborés par le groupe de travail du Réseau des Experts en Hémovigilance des régions Aquitaine et Limousin « REHAL » :

- Deux questionnaires sont disponibles :

A. Un **questionnaire « A »** de 147 questions analysant toutes les étapes du processus transfusionnel selon le référentiel page 4-5. Ce document peut être considéré comme une banque de questions.

Pour chaque question figurent deux colonnes à gauche :

- La première colonne « IMP » signifie important/impératif. Il est vivement conseillé de choisir cette question lors d'une évaluation.
- La deuxième colonne fait figurer :
  - Soit « C » pour « connaissance » si la question concerne le domaine de la connaissance
  - Soit « P » pour « pratique » si elle concerne le domaine de la pratique

B. Un **questionnaire « B »** de base de 26 questions appartenant au document ci-dessus.

- Chaque établissement peut choisir entre :
  - le questionnaire de base B uniquement,
  - le questionnaire B auquel sont ajoutées d'autres questions du document A.

Membres du groupe de travail du Réseau des Experts en Hémovigilance des régions Aquitaine et Limousin « REHAL » qui ont participé à l'élaboration de ces documents :

- Dr Christian HADRZYNSKI, CRH Aquitaine, responsable du projet
- Dr Martine BESSE-MOREAU, CRH Limousin
- Dr Sylvie CHEVALEYRE, EFS Aquitaine-Limousin
- Mme Nicole CONSTANT, CHIC Bayonne
- Mr Jean-Louis COUDERC, CH Sarlat
- Mme Christine DAYCARD, CH Arcachon
- Dr Christine DELBOS, CH Libourne
- Dr Nancy DROUILLARD, CRH Aquitaine
- Dr Martine DUMONTEIL, CH Périgueux
- Dr Houchingue EGHBALI, Institut Bergonié
- Dr Pierre FIALON, CHU de Bordeaux
- Dr Jean-Claude GAY, CH Agen
- Dr Jean-Paul GUERIN, CH Pau
- Mme Marie-Pierre HERRERA, CHU de Bordeaux
- Dr Aksel HOYRUP, EFS Aquitaine-Limousin
- Dr Michel JEANNE, EFS Aquitaine-Limousin
- Mme Marie-Andrée LAVIGNE, CHIC Bayonne
- Dr Bernard MARTI, CHIC Bayonne
- Dr Marie-Agnès PEUDEPIECE, CH Mont de Marsan
- Dr Jean-Pierre POSTEL, CH Sarlat
- Dr Maryse PUNTOUS, CHU de Bordeaux
- Mr Hervé RECANZONE, CHIC Bayonne
- Dr Isabelle ROGER, CHU de Bordeaux
- Dr Philippe ROULAUD
- Dr Pierre SAIGNAC, Institut Bergonié
- Dr Florence SAILLOUR, CCECQA
- Mme Catherine SAVOIE, CH Sarlat
- Dr Dominique SERVANTIE, EFS Aquitaine-Limousin
- Mme Patricia TONDEUR, CH de Dax
- Dr Alain TRIOLIER, Polyclinique Marzet Pau

Pour toute information complémentaire concernant ces questionnaires, veuillez contacter le Dr Christian HADRZYNSKI – CRH Aquitaine – Tél : 05.57.01.95.90 – Email : christian.hadrzynski@sante.gouv.fr

# Référentiel des compétences transfusionnelles

La maîtrise des pratiques transfusionnelles repose sur un ensemble de *savoir faire* qui permettent au professionnel d'agir avec compétence.

<b>Etapes du processus transfusionnel</b>	<b>Savoir faire</b>
Information du patient	Donner au patient les informations prétransfusionnelles nécessaires en tenant compte de ses capacités cognitives et psychologiques
Examens prétransfusionnels	Transmettre au laboratoire des demandes d'examens immunologiques (tubes et ordonnances) comportant des informations complètes et fiables (données d'identification patient, coordonnées service, etc ...)
Demande de Produits Sanguins Labiles	Transmettre à l'Etablissement Français du Sang une demande de PSL complète en utilisant le circuit d'acheminement le plus adapté au niveau d'urgence
Réception des Produits Sanguins Labiles	Contrôler la conformité qualitative et quantitative des PSL délivrés et gérer une non conformité
Conservation temporaire des Produits Sanguins Labiles dans l'unité de soins	Conserver les PSL dans les conditions de température et de délai réglementaires
<b>Acte transfusionnel</b>	<b>Savoir faire</b>
Préparation de l'acte transfusionnel	Rassembler les documents et matériel nécessaires à l'administration des PSL
Contrôle ultime prétransfusionnel (CUP) au lit du malade : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contrôle de concordance</li> <li>▪ contrôle de compatibilité (carton test)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Réaliser le CUP dans les conditions de sécurité optimales</li> <li>▪ Gérer une anomalie du CUP</li> </ul>
Administration du PSL	Brancher le PSL en utilisant le matériel et la voie d'abord adaptée à la situation et au patient
Surveillance du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercer une surveillance adaptée à la situation et au patient</li> <li>▪ Prendre en charge un incident transfusionnel</li> </ul>
Traçabilité	Assurer la traçabilité de l'acte transfusionnel sur les supports documentaires adéquats ( <i>fiche de délivrance, dossier transfusionnel, transmissions...</i> )

Information et surveillance post transfusionnelles du patient	Remettre au patient les documents d'information et ordonnances
<b>Vigilances sanitaires</b>	<b>Savoir faire</b>
Déclaration d'incidents ou d'accidents transfusionnels aux autorités sanitaires	Repérer et signaler tout incident, accident ou risque d'incident lié à la préparation et à la réalisation de l'acte transfusionnel

Les connaissances théoriques constituent les ressources à combiner et mobiliser permettant la mise en œuvre des savoir faire.

<b>Thèmes</b>	<b>Connaissances</b>
Les systèmes de groupes sanguins	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Savoir définir un antigène et un anticorps</li> <li>▪ Connaître les principaux systèmes de groupes sanguins</li> <li>▪ Comprendre le rôle immunogène des antigènes et leurs conséquences dans la pratique transfusionnelle</li> </ul>
Les Produits Sanguins Labiles (PSL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaître les différents PSL, les caractéristiques, les modalités de délivrance, la conservation dans l'établissement de soins</li> <li>▪ Connaître les complications possibles et les signes cliniques</li> </ul>
Les examens prétransfusionnels	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Connaître les examens immuno-hématologiques prétransfusionnels.</li> <li>▪ Comprendre leur rôle dans la sécurité transfusionnelle</li> </ul>
L'organisation de la transfusion au sein de l'établissement	Connaître : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ les différents circuits d'acheminement des examens pré transfusionnels et PSL</li> <li>▪ Les structures et personnes ressources en cas de dysfonctionnement ou difficulté</li> </ul>

## Le processus transfusionnel

## Information du patient

<b>information pré-transfusionnelle du patient</b>					
<b>Imp</b>	<b>But</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Je ne sais pas</b>
<b>X</b>	<b>C</b>	1. Existe-t-il un protocole concernant l'information à faire au patient ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	2. Avant la transfusion, est-ce que l'IDE s'assure que le patient a été informé par le médecin?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>P</b>	3. Est-ce que le médecin a informé le patient oralement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	4. Est-ce que le patient a reçu un document d'information avant la transfusion?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>P</b>	5. Existe-t-il une trace écrite dans le dossier médical de l'information orale donnée au patient?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	6. Existe-t-il une trace écrite du document d'information donné au patient, dans son dossier médical?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	7. Est-ce que l'IDE informe le patient sur le déroulement de la transfusion?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Examens pré-transfusionnels

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	C	<b>1. Quelle est la durée de validité de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) en contexte transfusionnel habituel ?</b> 1. Pas plus de 7 jours 2. Pas plus de 48 heures 3. Pas plus de 72 heures	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	P	<b>2. Le délai de validité de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières peut être :</b> 1. Variable selon les antécédents du patient avec un maximum de 3 semaines selon un protocole pré-établi avec l'EFS (protocole anesthésie) 2. Abaissé à 24 heures en cas d'épisodes transfusionnels multiples et successifs <i>Pas d'obligation réglementaire : recommandé mais non entériné</i>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C	<b>3. Une Epreuve Directe de Compatibilité au laboratoire (EDC) consiste à mettre en présence in vitro :</b> 1. Les GR du donneur avec le plasma ou le sérum du receveur 2. Les GR du receveur avec le plasma ou les sérum du donneur 3. Les GR du receveur avec les GR du donneur	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C	<b>4. Une Epreuve Directe de Compatibilité au laboratoire (EDC) pour les CGR permet de prévenir :</b> 1. Une immunisation anti-érythrocytaire 2. Un accident d'incompatibilité 3. Une immunisation anti-HLA	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>5. L'Epreuve Directe de Compatibilité au laboratoire (EDC) :</b> 1. Est obligatoire avant toute transfusion chez une femme jeune 2. Est obligatoire avant toute transfusion chez une femme enceinte 3. Peut remplacer la RAI dans le bilan pré-transfusionnel 4. Est obligatoire en cas de RAI positive 5. Permet d'éviter la survenue d'une allo-immunisation érythrocytaire 6. La validité du test est de 24 heures	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	C	<b>6. Parmi ces qualifications érythrocytaires, laquelle ou lesquelles permet(tent) de prévenir la survenue d'une allo-immunisation érythrocytaire Rhésus-Kell :</b> 1. La prescription de CGR compatibilisé 2. La prescription de CGR phénotypé 3. La prescription de CGR irradié	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	<b>7. Parmi ces examens lesquels sont obligatoires avant toute transfusion de CGR ?</b> 1. RAI 2. Hématocrite 3. 2 déterminations de Groupe ABO (RH1) 4. 2 déterminations de Phénotypes Rhésus Kell 5. Sérologie VIH et VHC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	<b>8. La prescription de Concentrés de Globules Rouges phénotypés Rhésus/Kell</b> 1. Permet de limiter la survenue d'une allo-immunisation 2. Est obligatoire chez les femmes jusqu'à la ménopause 3. Est obligatoire chez le patient présentant une recherche d'Agglutinines Irrégulières positive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	<b>9. La prescription de Concentrés de Globules Rouges compatibilisés au laboratoire</b> 1. Permet de limiter la survenue d'une allo-immunisation 2. Est obligatoire chez les femmes jusqu'à la ménopause 3. Est obligatoire chez le patient présentant une recherche d'Agglutinines Irrégulières positive 4. Evite la demande d'une Recherche d'Agglutinines Irrégulières dans le bilan pré-transfusionnel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	<b>10. Une Recherche d'Anticorps Irréguliers anti-érythrocytaires (RAI)</b> 1. Peut être positive chez un sujet jamais transfusé 2. A pour but de mettre en évidence la présence d'anticorps anti-érythrocytaires de systèmes de groupes sanguins autres que ABO (Rhésus, KELL etc) 3. Est toujours positive chez les sujets normaux 4. Doit être réalisée immédiatement avant chaque transfusion de CGR 5. Est réalisée si un délai de plus de 72 heures s'est écoulé depuis la dernière recherche (RAI) 6. N'est pas obligatoire si le patient n'a jamais été transfusé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Prescription de PSL

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	<b>C</b>	<b>1. Comment réaliser la prescription de PSL ?</b> 1. Sur ordonnance libre 2. Sur ordonnance médicale de l'EFS 3. Par téléphone	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	<b>2. Comment transmettre la prescription de PSL en programmée ? [1]</b> 1. Sur ordonnance écrite 2. Par téléphone 3. Par informatique 4. Par fax	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	<b>3. Comment transmettre la prescription de PSL en urgence vitale? [1]</b> 1. Sur ordonnance écrite 2. Par téléphone 3. Par informatique 4. Par fax	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>P</b>	<b>4. Qui prescrit les PSL ?</b> 1. L'infirmière 2. Le médecin responsable du patient 3. La cadre Infirmier du service 4. La Sage-Femme	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	<b>5. Comment identifier le patient sur l'ordonnance?</b> 1. De manière manuscrite 2. Avec l'étiquette spécifique de l'établissement 3. Avec l'étiquette n° de séjour [2]	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>6. Quels éléments doivent accompagner la prescription de CGR ?</b> 1. Les résultats des 2 déterminations de groupe sanguins et de la RAI 2. Les prélèvements de groupe sanguin + RAI 3. La fiche transfusionnelle 4. La carte vitale	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	<b>7. Quels sont les traits d'identité obligatoires pour prescrire des PSL ?</b> 1. Le nom de naissance 2. Le nom marital 3. Le prénom 4. Le prénom du mari pour les femmes mariées 5. La date de naissance 6. Le lieu de naissance 7. Le nom des parents 8. Le sexe 9. Le numéro de séjour 10. Le numéro IPP 11. Le numéro de sécurité sociale	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

[1] : Par informatique si transmission fonctionnelles existent entre l'ES et l'EFS. Ma transmission par fax exige une confirmation avec l'original de l'ordonnance.

[2] : L'étiquette doit contenir les informations sur l'identité du patient.

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	P	<b>8. Qui signe l'ordonnance ?</b> 1. L'infirmière 2. Le médecin responsable du patient 3. Un agent du service administratif 4. La Sage-Femme	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>9. Quels sont les éléments à transmettre à l'EFS en cas de prescription de CGR ?</b> 1. 2 déterminations de groupes ABO Rh Kell 2. RAI valide 3. NFS 4. Sérologie HIV et Hépatite C 5. Poids du patient	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>10. Quels sont les éléments à transmettre à l'EFS en cas de prescription de plaquettes ?</b> 1. RAI valide 2. 2 déterminations de groupe ABO Rh Kell 3. Hémoglobine 4. Numération plaquettaire 5. Ionogramme sanguin 6. Poids du patient	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>11. Quels sont les éléments à transmettre à l'EFS en cas de prescription de Plasma ?</b> 1. Indication médicale 2. NFS 3. Bilan d'Hémostase 4. Poids du patient	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	P	<b>12. La prescription doit comporter</b> 1. Le degré d'urgence 2. L'heure et la date de délivrance souhaitée 3. Le lieu de délivrance 4. Le régime d'assurance maladie	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	P	<b>13. En cas de difficulté pour prescrire, le médecin peut :</b> 1. Demander à l'infirmière de le faire à sa place 2. Appeler le médecin de l'EFS 3. Faire signer l'ordonnance par son chef de service	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>14. L'ordonnance d'une transfusion plaquettaire doit préciser</b> 1. Le poids du patient 2. L'Hb 3. La numération plaquettaire pré-transfusionnelle	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	C	<b>15. L'ordonnance de PSL</b> 1. Sa prescription est un acte médical 2. Doit être rédigée par un médecin 3. Doit comporter le nom du médecin 4. Doit être signée par le médecin 5. Sa signature peut être déléguée à un(e) infirmier(ère) 6. Doit comporter la date de transfusion 7. Doit comporter l'identité complète du receveur	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C	<b>16. Que faut-il rechercher, si cela est possible, avant toute prescription transfusionnelle ?</b> 1. Les antécédents transfusionnels 2. Les antécédents obstétricaux 3. La notion d'immunisation anti-érythrocytaire	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

# Réception des PSL

*Les réponses non cochées sont fonction des procédures de chaque établissement*

Conditions générales de réception					
Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	P	1. Existe-t-il un équipement spécifique pour le transport des PSL depuis l'EFS-AL ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	2. Existe-t-il des recommandations relatives au transport de PSL ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P	3. Les bordereaux de transport sont-ils archivés ainsi que les enregistrements de température ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P	4. La réception des PSL est-elle centralisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P	5. Un protocole d'acheminement est-il utilisé par le prestataire du transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	6. Existe-t-il un protocole de la réception des PSL? a. Dans tous les services b. Dans certains services de l'établissement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	P	7. Dès réception dans l'unité de soins des PSL délivrés, qui réalise les vérifications ? a. Aide Soignante b. IDE c. Médecin d. Sage Femme	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Réception du colis					
X	C	8. A la réception que devez-vous vérifier ? a. L'intégrité du colis b. Le respect des conditions d'hygiène du colis c. Le respect des conditions de température d. Le respect de la durée du transport	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<b>Contrôle des PSL à réception</b>					
<b>Imp</b>	<b>But</b>		<b>Oui</b>	<b>Non</b>	<b>Je ne sais pas</b>
<b>X</b>	<b>P</b>	<b>10. A la réception quel(s) contrôle(s) réalisez-vous ?</b> a. Aucun, je fais confiance à l'EFS-AL b. L'identité du patient portée sur les documents EFS délivrés avec les produits c. La concordance entre la prescription et la quantité des produits délivrés d. La concordance entre la prescription et la qualité des produits délivrés e. La date de péremption de chaque produit délivré f. La concordance entre le n° du don noté sur le PSL et celui noté sur les documents de délivrance g. L'aspect des produits h. L'intégrité des poches	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>P</b>	<b>11. Si le PSL délivré est différent de celui prescrit sur l'ordonnance, que faites-vous ?</b> a. Informez-vous l'EFS-AL ? b. Détruisez-vous le PSL dans le service ? c. Prévenez-vous le médecin prescripteur ?	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Conservation temporaire des PSL dans l'unité de soins

**Les réponses non cochées sont fonction des procédures de chaque établissement**

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	<b>C</b>	1. Les PSL destinés à un patient doivent-ils être conservés dans la boîte de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	2. Les PSL du patient sont-ils sortis du conteneur et posés sur la paillasse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	3. Les PSL en attente sont-ils stockés dans la chambre du patient transfusé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>P</b>	4. Les PSL en attente sont-ils mis, dès réception, dans un réfrigérateur ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	5. Les PSL en attente doivent-ils être mis, dès réception, dans un réfrigérateur ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>C</b>	6. La conservation des PSL dans le service peut elle excéder 6h après la réception dans le service ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	7. Le plasma congelé peut-il être conservé dans le freezer du service pendant 6h ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	8. Le plasma doit-il être décongelé avant délivrance ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	9. Les plaquettes doivent-elles être transfusées dès réception ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	10. Les plaquettes sont-elles transfusées dès réception?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## L'acte transfusionnel



## Préparation de l'acte transfusionnel

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	C	<b>1. Un médecin doit il pouvoir intervenir à tout moment du processus transfusionnel ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	<b>2. Quels sont les documents nécessaires avant toute transfusion ?</b> 1. Dossier transfusionnel 2. 2 déterminations de Groupe ABO-Rh Kell valides 3. RAI valide 4. Ordonnance médicale de PSL valide 5. Fiche de délivrance 6. Fiche Transfusionnelle	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>3. Quel est le matériel nécessaire pour la transfusion de chaque CGR ?</b> 1. Transfuseur avec filtre 200 microns 2. Dispositif de Contrôle Ultime ABO 3. Réceptacle pour isoler le PSL terminé 4. Un bouchon obturateur stérile	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	P	<b>4. Avant de transfuser un patient, vous assurez-vous de son identité ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P	<b>5. Avant de transfuser un patient, vous assurez-vous qu'il a été informé par le médecin ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	<b>6. Avant d'être transfusé, l'identité du patient doit-elle être vérifiée ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	<b>7. Avant d'être transfusé, le patient doit-il en avoir été informé par le médecin ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	<b>8. L'information doit-elle être tracée dans le dossier transfusionnel ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	<b>9. L'état initial du patient doit-il être noté sur la feuille de surveillance de la transfusion (pouls, TA, T°, état de conscience) ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P	<b>10. Que vérifiez-vous systématiquement avant la récupération des PSL au dépôt ou au site de distribution EFS ?</b> 1. Les constantes hémodynamiques 2. La voie veineuse	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>11. Quels sont les solutés qui peuvent être passés en dérivé avec les CGR ?</b> 1. Sérum glucosé 5% 2. Sérum glucosé 10% 3. Soluté salé à 9 pour mille 4. Plasma 5. Ringer-lactate 6. Plaquettes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Contrôle ultime

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	C	<b>1. Le contrôle ultime pré-transfusionnel :</b> 1. Permet de prévenir les accidents par incompatibilité ABO lors de transfusions de globules rouges 2. Permet de prévenir les accidents par incompatibilité due à des anticorps irréguliers 3. Permet de prévenir les accidents par incompatibilité rhésus 4. Doit être réalisé en présence d'un médecin	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>2. Lors du contrôle ultime pré-transfusionnel de concordance, quelles sont les vérifications que vous devez réaliser ?</b> 1. Concordance entre la fiche de délivrance du ou des produit(s) et le ou les produit(s) 2. Concordance entre l'identité du receveur et l'identité mentionnée sur le document de groupage 3. Concordance entre le groupe de la poche et celui du document de groupage sanguin du patient 4. Concordance entre l'identité portée sur la fiche de délivrance et l'identité du receveur 5. L'identité du patient	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>3. Le principe du contrôle ultime de compatibilité est : de ne pas apporter à un patient, un antigène qu'il ne possède pas</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	P	<b>4. Lors du contrôle ultime de compatibilité (carton test), où et comment testez-vous le sang de la poche ?</b> 1. Sur le chariot dans le couloir 2. Au lit du patient 3. Sur toutes les poches à transfuser 4. Dans la salle de soins, sur le plan de travail 5. Uniquement sur la 1ère poche 6. A la réception des produits dans le service 7. Immédiatement avant le branchement de la poche	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	P	<b>5. Lors du contrôle ultime de compatibilité (carton test), où et comment testez-vous le sang du patient ?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je prélève le patient et je fais le test à côté de lui</li> <li>2. Je teste le patient une seule fois si je transfuse plusieurs poches</li> <li>3. Il peut m'arriver d'utiliser un carton test déjà fait par mon collègue</li> <li>4. Je prélève le patient puis je vais continuer plus commodément dans la salle de soins</li> <li>5. Je teste le patient systématiquement pour chaque poche</li> </ol>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	P	<b>6. Réalisez-vous le contrôle ultime de compatibilité avant toute transfusion de ?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CGR homologue</li> <li>2. CGR autologue</li> <li>3. CGR de groupe O négatif</li> <li>4. Plasma</li> <li>5. Plaquettes</li> </ol>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C	<b>7. Devez-vous réaliser le contrôle ultime de compatibilité avant toute transfusion de ?</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CGR homologue</li> <li>2. CGR autologue</li> <li>3. CGR de groupe O négatif</li> <li>4. Plasma</li> <li>5. Plaquettes</li> </ol>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	P	<b>8. Si transfusions multiples chez un patient, réalisez-vous le contrôle ultime de compatibilité :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A chaque CGR</li> <li>2. En début de transfusion uniquement</li> </ol>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C	<b>9. Si transfusions multiples chez un patient, devez-vous réaliser le contrôle ultime de compatibilité :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A chaque CGR</li> <li>2. En début de transfusion uniquement</li> </ol>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C	<b>10. Interprétation du contrôle ultime :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toute réaction non identique impose un avis médical pour que l'IDE transfuse ?</li> <li>2. En cas de réaction non identique un conseil transfusionnel peut être donné par l'EFS ?</li> </ol>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	P	<b>11. Avant chaque transfusion de CGR, réalisez-vous vous-même :</b> 1. Le test de concordance 2. Le test de compatibilité 3. Les tests de concordance et de compatibilité 4. Uniquement le test de compatibilité si le test de concordance a été réalisé par une autre personne	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C	<b>12. Avant chaque transfusion de CGR, devez-vous réaliser :</b> 1. Le test de concordance 2. Le test de compatibilité 3. Les tests de concordance et de compatibilité 4. Uniquement le test de compatibilité si le test de concordance a été réalisé par une autre personne	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	P	<b>13. Combien de temps conservez-vous la carte de contrôle pré-transfusionnel ?</b> 1. Je la conserve jusqu'à la fin de la transfusion puis je la jette 2. Je la conserve pendant 2h minimum après la transfusion 3. Je la conserve jusqu'à 48h après la transfusion <b>[1]</b> 4. Je la conserve jusqu'à la fin du séjour du patient 5. Je l'archive dans le dossier du patient	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**[1] : la réponse à cet item est fonction des protocoles de chaque établissement.**

## Administration des PSL

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	<b>C</b>	<b>1. Existe-t-il une procédure d'administration des PSL dans le classeur d'hémovigilance ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>P</b>	<b>2. L'infirmière qui pose la transfusion :</b>			
		1. A préalablement fait le contrôle ultime ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Peut transfuser si le contrôle ultime a déjà été réalisé par une autre infirmière ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Surveillance du patient

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	P	<b>1. Après avoir effectué le branchement de votre transfusion, combien de temps restez-vous auprès de votre patient ?</b>			
		1. Entre 5 et 10 minutes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. 10 minutes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. Au moins 15 minutes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. Moins de 5 minutes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	<b>2. La durée de la transfusion pour les <u>CGR</u> en dehors de l'urgence est :</b>			
		1. Inférieure à 120 mn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Supérieure à 120 mn	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	<b>3. La durée de transfusion du <u>plasma</u> est :</b>			
		1. Inférieure à 60 mn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Supérieure à 60 mn	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	<b>4. La durée de transfusion de <u>plaquettes</u> est :</b>			
		1. Inférieure à 30 mn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Supérieure à 30 mn	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	<b>5. Devant l'apparition des manifestations cliniques suivantes, sélectionnez celles pour lesquelles vous arrêteriez la transfusion :</b>			
		1. Fièvre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Hypertension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		3. Hypotension	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		4. Sueurs	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		5. Tachycardie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		6. Douleur lombaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		7. Erythème	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		8. Prurit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		9. Nausées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		10. Céphalées	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		11. Vomissements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		12. Angoisse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		13. Oppression thoracique avec râles crépitants	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		14. Frisson	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		15. Dyspnée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Diarrhée	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
<b>X</b>	<b>P</b>	<b>6. En cas de suspicion d'effet indésirable receveur</b> 1. J'arrête la transfusion 2. Je retire la voie veineuse 3. J'appelle le médecin 4. Je poursuis la surveillance 5. Je me réfère à la procédure du classeur d'hémovigilance	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	<b>7. En fin de transfusion, je conserve la poche vide, sa tubulure clampée et le carton test :</b> 1. Au réfrigérateur à 4°C 2. Pendant 2 heures minimum 3. Mis dans une poche protectrice fermée 4. Bien identifiés dans la boîte de conditionnement	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>8. En fin de transfusion, devez-vous conserver la poche vide, sa tubulure clampée et le carton test :</b> 1. Au réfrigérateur à 4°C 2. Pendant 2 heures minimum 3. Mis en poche hermétique 4. Bien identifiés dans la boîte de conditionnement	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Traçabilité

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	<b>C</b>	<b>1. L'établissement de santé est-il obligé de tenir sa propre traçabilité ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>2. La traçabilité s'effectue avec :</b> 1. La fiche de délivrance 2. Le résultat de la RAI	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	<b>3. Dans votre établissement, la fiche de délivrance/bordereau de traçabilité est-il :</b> 1. Renvoyé à l'EFS ? 2. Renvoyé à l'unité d'hémovigilance ? <b>[1]</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**[1] : la réponse à cet item est fonction des procédures de chaque établissement.**



## Information post-transfusionnelle

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	<b>P</b>	<b>1. Le document d'information post-transfusionnelle du patient transfusé</b> 1. Est archivé dans le dossier transfusionnel 2. Est remis au patient à sa sortie 3. Est envoyé au médecin traitant	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>2. L'ordonnance de la RAI post-transfusionnelle</b> 1. Est à remettre au patient 2. Est à envoyer au médecin traitant 3. Son double est à archiver dans le dossier transfusionnel	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>3. Les sérologies post-transfusionnelle (VIH-VHC) sont :</b> 1. Obligatoires 2. Recommandées	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>4. Quels documents devez-vous remettre au patient lors de sa sortie ?</b> 1. Carton test 2. Ordonnance pour suivi post-transfusionnel 3. Fiche transfusionnelle 4. Double du document de groupage 5. Document d'information post-transfusionnelle 6. Ordonnance de prescription de produits sanguins	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>C</b>	<b>5. Existe-t-il un protocole concernant l'information post transfusionnelle à donner au patient ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	<b>6. Le patient reçoit-il une information écrite sur la quantité de sang transfusé et le type de produit?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>P</b>	<b>7. L'information écrite est-elle transmise au médecin traitant ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>X</b>	<b>P</b>	<b>8. La RAI post-transfusionnelle est-elle prescrite systématiquement à la sortie du patient?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Les vigilances sanitaires

## Les vigilances

*Les réponses sont fonction des procédures de chaque établissement*

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	C	1. Existe-t'il une coordination des vigilances au sein de l'ES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	2. Existe-t'il une Direction de la Qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	3. Existe-t'il un système de signalement coordonné des évènements indésirables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Hémovigilance

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	C	1. Existe-t-il un correspondant d'hémovigilance dans votre établissement ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	2. Existe-t-il un Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) ou sous-commission chargée de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	3. Existe-t-il une procédure de signalement d'effet indésirable survenu chez un receveur de PSL ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X	C	4. Savez-vous comment tracer au sein de votre établissement une non-utilisation de PSL délivrés?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P	5. Existe-t'il au sein de votre établissement une analyse des causes de non-utilisation de PSL délivrés ? <b>[1]</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**[1] : Réponse fonction des procédures de l'établissement.**

## Matéριο-vigilance

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	C	1. Existe-t-il un correspondant local de matériο-vigilance ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		2. Existe-t-il une procédure interne de signalement des incidents de matériοvigilance ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## THEMES

## Les systèmes de groupes sanguins

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	C	<b>1. Chez un sujet de groupe A, quel(s) est (sont) l'(es) Antigène(s)(Ag) portés par les globules rouges :</b> 1. Ag A 2. Ag B 3. Ag AB 4. Aucun	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>2. Chez un sujet de groupe B, quel(s) est (sont) l'(es) Antigène(s) (Ag) portés par les globules rouges :</b> 1. Ag A 2. Ag B 3. Ag AB 4. Aucun	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>3. Chez un sujet de groupe O, quel(s) est (sont) l'(es) Antigène(s) (Ag) portés par les globules rouges :</b> 1. Ag A 2. Ag B 3. Ag AB 4. Aucun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>4. Chez un sujet de groupe AB, quel(s) est (sont) l'(es) Antigène(s) (Ag) portés par les globules rouges :</b> 1. Ag A 2. Ag B 3. Ag AB 4. Aucun	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>5. Chez un sujet de groupe A, quel(s) est (sont) l'(es) Anticorp(s) (Ac) présent(s) dans le plasma :</b> 1. Ac anti-A 2. Ac anti-B 3. Ac anti-AB 4. Aucun	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>6. Chez un sujet de groupe B, quel(s) est (sont) l'(es) Anticorp(s) (Ac) présent(s) dans le plasma :</b> 1. Ac anti-A 2. Ac anti-B 3. Ac anti-AB 4. Aucun	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
X	C	<b>7. Chez un sujet de groupe O, quel(s) est (sont) l'(es) Anticorp(s) (Ac) présent(s) dans le plasma :</b> 1. Ac anti-A 2. Ac anti-B 3. Ac anti-AB 4. Aucun	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>8. Chez un sujet de groupe AB, quel(s) est (sont) l'(es) Anticorp(s) (Ac) présent(s) dans le plasma :</b> 1. Ac anti-A 2. Ac anti-B 3. Ac anti-AB 4. Aucun	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>9. Des CGR O négatif peuvent être transfusés à un patient A :</b> 1. Sous réserve de l'absence de la mention sur la poche "transfusion isogroupe" 2. Sauf signalement de présence d'hémolysines dans la poche 3. Dans tous les cas risque d'incompatibilité ABO	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>10. Pour un patient A, vous disposez de plasma AB et O, vous utilisez :</b> 1. Les PFC AB 2. Les PFC O 3. Indifféremment AB ou O	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>11. Un patient de groupe B peut recevoir un plasma (plusieurs réponses possibles) :</b> 1. Du groupe A 2. Du groupe B 3. Du groupe O 4. Du groupe AB	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>12. Un patient de groupe A peut recevoir un plasma (plusieurs réponses possibles) :</b> 1. Du groupe A 2. Du groupe B 3. Du groupe O 4. Du groupe AB	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>13. Un patient de groupe AB peut recevoir un plasma :</b> 1. Du groupe A 2. Du groupe B 3. Du groupe O 4. Du groupe AB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>14. Un patient de groupe O peut recevoir un plasma :</b> 1. Du groupe A 2. Du groupe B 3. Du groupe O 4. Du groupe AB	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	C	<b>15. Un plasma de groupe O peut être administré, sur prescription médicale, à un patient de</b> 1. Groupe A 2. Groupe B 3. Groupe O 4. Groupe AB	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	C	<b>16. Un plasma de groupe A peut être administré, sur prescription médicale, à un patient de :</b> 1. Groupe A 2. Groupe B 3. Groupe O 4. Groupe AB	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
X	C	<b>17. Chez un receveur adulte de groupe sanguin O, les anticorps Anti A et Anti B:</b> 1. Sont toujours présents 2. Ne sont présents qu'à la suite d'une transfusion ABO incompatible 3. Peuvent entraîner une hémolyse des hématies de groupe A, B et AB dès la première transfusion 4. N'entraînent la destruction des hématies de groupe A, B et AB qu'après plusieurs immunisations par plusieurs transfusions incompatibles 5. Sont mis en évidence lors d'une recherche d'agglutinines irrégulières	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<b>18. Mme X... , est de groupe O Rhésus Positif phénotype C+, E-, c+, e+, K- et doit être transfusée en concentrés de globules rouges phénotypés. Quels sont ceux que l'on peut lui transfuser ?</b> 1. O négatif C-, E-, c+, e+, K- 2. A positif C+, E-, c-, e+, K- 3. AB positif C+, E-, c-, e+, K- 4. O positif C+, E+, c+, e+, K- 5. O positif C+, E-, c-, e+, K+ 6. O positif C+, E+, c-, e-, K- 7. O positif C+, E-, c-, e+, K-	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	<b>C</b>	<b>19. Une demande de phénotype érythrocytaire Rhésus Kell consiste à rechercher la présence ou l'absence du ou des antigènes suivants à la surface des Globules Rouges (GR) :</b> 1. Antigène RH2 (C) 2. Antigène RH4 (c) 3. Antigène FY1 (Fya) 4. Antigène RH3 (E) 5. Antigène RH5 (e) 6. Antigène KEL1 (K) 7. Antigène LE1 (Lea)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>20. Quelles sont les circonstances favorisant l'apparition d'anticorps anti-érythrocytaires immuns ?</b> 1. Grossesse 2. Infection 3. Transfusion 4. Vaccination 5. Greffe	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

## Les produits sanguins labiles

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	<b>C</b>	<b>1. Un Concentré de Plaquettes d'Aphérèse :</b> 1. Est issu d'un seul donneur 2. Est issu de plusieurs donneurs	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>2. Un Concentré de Globules Rouges peut être :</b> 1. Viro-Atténué 2. Irradié 3. Sécurisé par quarantaine 4. Déplasmatisé 5. Phénotypé 6. CMV négatif 7. Compatibilisé ("testé")	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>3. Un Concentré de Plaquettes peut être :</b> 1. Irradié 2. Sécurisé par quarantaine 3. Déplasmatisé 4. CMV négatif	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>4. De quelle(s) qualification(s) le CGR prescrit chez la femme non gravide doit-il bénéficier ?</b> 1. Phénotype 2. Compatibilisé (testé) 3. CMV négatif 4. Irradié 5. Déplasmatisé	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>5. De quelle(s) qualification(s) le CGR prescrit chez un patient avec une RAI+ doit-il bénéficier ?</b> 1. Phénotype 2. Compatibilisé (testé) 3. CMV négatif 4. Irradié 5. Déplasmatisé	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>6. De quelle(s) qualifications(s) le CGR prescrit chez un patient avec antécédent allergique transfusionnel grave doit-il bénéficier ?</b> 1. Compatibilisé (testé) 2. CMV négatif 3. Irradié 4. Déplasmatisé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
	<b>C</b>	<b>7. De quelle(s) qualification(s) le CGR prescrit chez un polytransfusé itératif doit-il bénéficier ?</b> 1. Phénotypé 2. Compatibilité (testé) 3. CMV négatif 4. Irradié 5. Déplasmatisé	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>8. De quelle(s) qualification(s) le CGR prescrit chez un enfant de 10 ans doit-il bénéficier ?</b> 1. Phénotypé 2. Compatibilité (testé) 3. CMV négatif 4. Irradié 5. Déplasmatisé	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>9. De quelle(s) qualification(s) le CGR prescrit chez un nourrisson de moins de 3 mois doit-il bénéficier ?</b> 1. Phénotypé 2. Compatibilité (avec sérum mère) 3. CMV négatif 4. Irradié 5. Déplasmatisé	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>10. De quelle(s) qualification(s) le CGR prescrit chez un prématuré doit-il bénéficier ?</b> 1. Phénotypé 2. Compatibilité (avec sérum mère) 3. CMV négatif 4. Irradié 5. Déplasmatisé	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>11. Chez l'adulte jeune avec une anémie aiguë sans saignement actif, sans pathologie particulière, en dessous de quel taux d'Hb envisagez-vous une transfusion de CGR ?</b> 1. Hb < 10 g.dL <sup>-1</sup> 2. Hb < 8 g.dL <sup>-1</sup> 3. Hb < 7 g.dL <sup>-1</sup> 4. Hb < 5 g.dL <sup>-1</sup>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<b>C</b>	<b>12. Chez un adulte, sans pathologie hémolytique ni saignement, la transfusion d'un CGR est susceptible d'augmenter l'Hb de :</b> 1. 0,5 g.dL <sup>-1</sup> 2. 1 g.dL <sup>-1</sup> 3. 2 g.dL <sup>-1</sup>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
		<b>13. L'indication d'une transfusion de PFC est :</b> 1. D'apporter de l'albumine 2. De maintenir la volémie 3. D'apporter des facteurs de la coagulation 4. D'apporter du fibrinogène	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<b>14. Quel est le délai maximum légal pour débuter la transfusion d'un PSL à réception dans le service?</b> 1. De 12 à 24 heures 2. De 6 à 12 heures 3. 6 heures 4. Date de péremption	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<b>15. Combien de temps au minimum conserve-t-on les poches de PSL après transfusion ?</b> 1. 2 h 2. 6 h 3. 12 h 4. 24 h 5. 48 h	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<b>16. Lors d'un Effet Indésirable Receveur EIR</b> 1. Vous remplissez la fiche de signalement 2. Ce n'est pas à moi de le signaler, je laisse au médecin prescripteur le soin de le remplir 3. Je préviens l'Etablissement Français du Sang (EFS) 4. Je préviens l'hémovigilance de l'établissement de santé par fax, tel ou par courrier	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

# Organisation

Imp	But		Oui	Non	Je ne sais pas
		<b>1. Dans votre établissement, lors de la survenue de "frissons-fièvre" susceptibles d'être liés à la transfusion sanguine</b> 1. La transfusion doit être interrompue 2. La poche de PSL doit être envoyée à l'EFS <b>[1]</b> 3. La poche de PSL doit être envoyée en Bactériologie <b>[1]</b> 4. Un signalement doit être fait à l'hémovigilance <b>[1]</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<b>2. La traçabilité des PSL dans votre établissement</b> 1. Est obligatoire 2. Est faite en notant les n° de dons des produits dans le dossier transfusionnel 3. Est faite en compétant le bordereau de traçabilité de transfusion 4. Un exemplaire du bordereau de traçabilité de transfusion doit être envoyé à l'hémovigilance de l'hôpital 5. Un exemplaire du bordereau de traçabilité de transfusion doit être archivé dans le dossier transfusionnel	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**[1] : La réponse à cet item est à adapter en fonction des procédures de l'établissement.**