

# REHAL

Réseau Experts Hémovigilance Aquitaine-Limousin

## Evaluation des connaissances et pratiques en transfusion sanguine

### QUESTIONNAIRE B – Réponses

Version du 04/04/2008

**Qualité de la personne qui remplit le questionnaire :**

IDE

Sage-femme

Médecin

**Ancienneté :**

[ \_\_\_\_\_ ] mois      [ \_\_\_\_\_ ] ans

**Pratique régulière de la transfusion :**

OUI

NON

	Oui	Non	Je ne sais pas
<b>1 Existe-t-il une trace écrite dans le dossier médical de l'information orale donnée au patient ?</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2 Quelle est la durée de validité de la Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) en contexte transfusionnel habituel ?</b>			
1. Pas plus de 7 jours	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pas plus de 48 heures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pas plus de 72 heures	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3 L'Epreuve Directe de Compatibilité au laboratoire (EDC):</b>			
1. Est obligatoire avant toute transfusion chez une femme jeune	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Est obligatoire avant toute transfusion chez une femme enceinte	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Peut remplacer la RAI dans le bilan pré-transfusionnel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est obligatoire en cas de RAI positive	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Permet d'éviter la survenue d'une allo-immunisation érythrocytaire	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La validité du test est de 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4 Parmi ces examens lesquels sont obligatoires avant toute transfusion de CGR?</b>			
1. RAI	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hématocrite	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 2 déterminations de Groupe ABO (RH1)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 2 déterminations de Phénotypes Rhésus Kell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sérologie VIH et VHC	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5 Quels sont les éléments à transmettre à l'EFS en cas de prescription de CGR ?</b>			
1. 2 déterminations de groupes ABO Rh Kell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. RAI valide	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. NFS	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sérologie HIV et Hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Poids du patient	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6 Quels sont les éléments à transmettre à l'EFS en cas de prescription de plaquettes ?</b>			
1. RAI	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 2 déterminations de groupe ABO Rh Kell	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hémoglobine	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Numération plaquettaire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ionogramme sanguin	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poids du patient	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Oui	Non	Je ne sais pas
<b>7</b>	<b>L'ordonnance de PSL</b>			
	1. Sa prescription est un acte médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Doit être rédigée par un médecin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Doit comporter le nom du médecin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Doit être signée par le médecin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Sa signature peut être déléguée à un(e) infirmier(ère)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Doit comporter la date de transfusion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Doit comporter l'identité complète du receveur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b>	<b>A la réception quel(s) contrôle(s) réalisez-vous ?</b>			
	1. Aucun, je fais confiance à l'EFS-AL	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. L'identité du patient portée sur les documents EFS délivrés avec les produits	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. La concordance entre la prescription et la quantité des produits délivrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. La concordance entre la prescription et la qualité des produits délivrés	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. La date de péremption de chaque produit délivré	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. La concordance entre le n° du don noté sur le PSL et celui noté sur les documents de délivrance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. L'aspect des produits	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. L'intégrité des poches	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b>	<b>Quels sont les documents nécessaires avant toute transfusion ?</b>			
	1. Dossier transfusionnel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. 2 déterminations de Groupe ABO-Rh Kell valides	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. RAI valide	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Ordonnance médicale de PSL valide	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Fiche de délivrance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Fiche Transfusionnelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b>	<b>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)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Concordance entre l'identité du receveur et l'identité mentionnée sur le document de groupage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Concordance entre le groupe de la poche et celui du document de groupage sanguin du patient	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Concordance entre l'identité portée sur la fiche de délivrance et l'identité du receveur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. L'identité du patient	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non	Je ne sais pas
<b>11 Réalisez-vous le contrôle ultime de compatibilité avant toute transfusion de ?</b>			
1. CGR homologue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. CGR autologue	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. CGR de groupe O négatif	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Plasma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Plaquettes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12 Avant chaque transfusion de CGR, réalisez-vous vous-même :</b>			
1. Le test de concordance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le test de compatibilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les tests de concordance et de compatibilité	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uniquement le test de compatibilité si le test de concordance a été réalisé par une autre personne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13 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"/>
<b>14 Quels sont les solutés qui peuvent être passés en dérivé avec les CGR ?</b>			
1. Sérum glucosé 5%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sérum glucosé 10%	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soluté salé à 9 pour mille	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Plasma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ringer-lactate	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Plaquettes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non	Je ne sais pas
<b>15</b>	<b>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"/>
<b>16</b>	<b>En cas de suspicion d'effet indésirable receveur</b>		
1. J'arrête la transfusion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je retire la voie veineuse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'appelle le médecin	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je poursuis la surveillance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je me réfère à la procédure du classeur d'hémovigilance	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b>	<b>Quels documents devez-vous remettre au patient lors de sa sortie ?</b>		
1. Carton test	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ordonnance pour suivi post-transfusionnel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fiche transfusionnelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Double du document de groupage	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Document d'information post-transfusionnelle	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ordonnance de prescription de produits sanguins	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b>	<b>La RAI post-transfusionnelle doit-elle être prescrite systématiquement à la sortie du patient ?</b>		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b>	<b>Existe-t-il une procédure de signalement d'effet indésirable survenu chez le receveur de PSL ?</b>		
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>20</b>	<b>Chez un sujet de groupe A, quel(s) est (sont) l'(es) Antigène(s)(Ag) portés par les globules rouges :</b>			
	1. Ag A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Ag B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Ag AB	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Aucun	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b>	<b>Chez un sujet de groupe O, quel(s) est (sont) l'(es) Antigène(s) (Ag) portés par les globules rouges :</b>			
	1. Ag A	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Ag B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Ag AB	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Aucun	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b>	<b>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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Ac anti-B	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Ac anti-AB	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Aucun	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23</b>	<b>Pour un patient A, vous disposez de plasma AB et O, vous utilisez :</b>			
	1. Les PFC AB	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Les PFC O	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Indifféremment AB ou O	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24</b>	<b>Chez un receveur adulte de groupe sanguin O, les anticorps Anti A et Anti B:</b>			
	1. Sont toujours présents	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Ne sont présents qu'à la suite d'une transfusion ABO incompatible	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Peuvent entraîner une hémolyse des hématies de groupe A, B et AB dès la première transfusion	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. N'entraînent la destruction des hématies de groupe A, B et AB qu'après plusieurs immunisations par plusieurs transfusions incompatibles	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Sont mis en évidence lors d'une recherche d'agglutinines irrégulières	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>25</b>	<b>De quelle(s) qualification(s) le CGR prescrit chez un patient avec une RAI positive doit-il bénéficier ?</b>			
	1. Phénotype	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Compatibilisé (testé)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. CMV négatif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Irradié	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Déplasmatisé	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non	Je ne sais pas
<b>26 De quelle(s) qualification(s) le CGR prescrit chez un patient avec antécédent allergique transfusionnel grave doit-il bénéficier ?</b>			
1. Compatibilisé (testé)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. CMV négatif	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Irradié	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Déplasmatisé	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>27 Quel est le délai maximum légal pour débiter la transfusion d'un PSL à réception dans le service ?</b>			
1. De 12 à 24 heures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. De 6 à 12 heures	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 6 heures	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Date de péremption	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>