

## Actualités de l'EFS Sécurité patients

Dr Michel JEANNE : *Directeur Adjoint EFS-AQLI*  
REHAL : actualités et perspectives; 11<sup>ème</sup> journée  
28 novembre 2012



# Nouveaux Ordonnanciers

## Région EFS-AQLI

Mis en service le 15 novembre 2013

## Nouvelles ordonnances

### □ Pourquoi ce changement ?

- A la demande de certains services et établissements
- Permettent d'éviter certaines non conformités
- Intègrent des écarts notés par l'ANSM
- Plus adaptées dans le cadre du COFRAC

➔ En concertation et validation par le groupe REHAL


## Nouvelles ordonnances

### □ Description :

- 3 types : PSL (rose – Dossier trf), IH (jaune), HLA (verte)
  - 2 feuillets :
    - 1 pour EFS-AQLI ,
    - 1 couleur à conserver dans le dossier trf
- ⇒ Rajout « EFS-AQLI » au dos du premier volet, sur les 2 demi-pages
- Page de garde (couleur) avec N° tél des sites, Note utilisateurs
  - Pour PSL : 1 rabat aide mémoire (rappels RAI, EIR, indications)

## Ordonnances PSL

- 1) Identité (réglementaire)
- 2) Contexte Clinique
- 3) Les 3 urgences
- 4) Spécifications délivrance
- 5) RAI 21 jours (info, signature)
- 6) Clinique CP et délai
- 7) Plasma en volume
- 8) Identité prescripteur, date, signature

IDENTIFICATION GÉNÉRIQUE		Renseignements cliniques	
Établissement : PRESCRIPTION MÉDICALE Code Service : DE PRODUITS SANGUINS LABILES Code UF : N° D : Destinée à Tél service à joindre : L'Établissement Français du Sang - Aquitaine-Limousin			
Nom de famille (naissance) : (1) Nom d'usage (marital) : Prénom : Sexe : M F N° de carte de patient permanent :		Contexte clinique : (2)	
<input type="checkbox"/> Urgence relative (< 2h)		<input type="checkbox"/> Urgence vitale (< 30')	
<input type="checkbox"/> Urgence vitale immédiate (can o'déal)		(3)	
CONCENTRÉS DE COAGULABLES ROUGES			
<input type="checkbox"/> Adulte Nombre : ..... <input type="checkbox"/> Pédiatrique Volume désiré : ..... ml <input type="checkbox"/> Sang total reconstruit Volume désiré : ..... ml <input type="checkbox"/> Tubes (Groupe et/ou RAI) transmis au laboratoire		Délivrance souhaitée sans urgence <input type="checkbox"/> dès que disponible ou le ..... à ..... h (nécessité médicale ou de service)	
Si déférence fractionnée souhaitée : ..... C.O.R. le ..... à ..... h ..... C.O.R. le ..... à ..... h ..... C.O.R. le ..... à ..... h		(4)	
Lieu de livraison : ..... <input type="checkbox"/> Réserve à l'EFS <input type="checkbox"/> Dépôt de sang : .....			
Pour le patient je présente la prolongation à 21 jours de la validité de la RAI négative. (5)			
CONCENTRÉS PLAQUETAIRES			
<input type="checkbox"/> Inhérent Sinon, préciser <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> MCP Nombre : ..... Poids du patient : ..... kg Numération plaquettaire : ..... GM Date : .....		Contexte clinique : <input type="checkbox"/> Antithrombotique plaquettaire <input type="checkbox"/> Anticoagulant <input type="checkbox"/> Gesté Invasif <input type="checkbox"/> C.E.D. <input type="checkbox"/> Autre	
Délivrance souhaitée sans urgence <input type="checkbox"/> dès que disponible ou le ..... à ..... h (nécessité médicale ou de service)		(6)	
Lieu de livraison : ..... <input type="checkbox"/> Réserve à l'EFS			
PLASMA FRAIS COAGULÉ			
Volume : ..... ml Indication : (7) <input type="checkbox"/> Coagulopathie de consommation <input type="checkbox"/> Hémorragie aiguë <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : .....		Délivrance souhaitée <input type="checkbox"/> Sans urgence le ..... à ..... h Lieu de livraison : .....	
<input type="checkbox"/> Allergie connue à l'aminocaprotéine ou au paraprotéine			
Nom du Médecin prescripteur : ..... Signature : ..... Date : ..... (8)			

## Ordonnances IH

- 1) Identité (réglementaire)
- 2) Lien Mère-Enfant
- 3) Contexte clinique ++
- 4) Analyse IH (1 seule déter...)
- 5) Suivi femme enceinte
- 6) Immunologie plaquettaire
- 7) Prélèvement
- 8) Identité préleveur, prescripteur (signature +)

Etablissement :		PRESCRIPTION D'EXAMENS IMMUNO-HÉMATOLOGIQUES	
Service :		N° :	
Code UF :		Destinée au LBM	
Tél. Service à joindre :		L'Etablissement Français du Sang Aquitaine-Limousin	
PRELEVEUR (LETAIEN) OU BENEVOLETAIEN (Prélèvement de sang total)		LIEN MÈRE - ENFANT	
Nom de famille (naissance) :		Si mère d'un nouveau-né de moins de 2 mois, noter l'identité du nouveau-né ci-dessous	
Nom d'usage (marital) :		Si le patient est un nouveau-né de moins de 2 mois, noter l'identité de la mère ci-dessous	
Prénom :		Prénom :	
Né(e) le : Base : M F		Né(e) le : Base : M F	
N° de séjour et/ou permanent :		N° de séjour et/ou permanent :	
Contexte clinique : .....			
<input type="checkbox"/> Antécédent transfusionnel Si oui, date de la dernière transfusion : .. J .. J .. <input type="checkbox"/> Grossesse Nombre S.A. : ..... (3) <input type="checkbox"/> Si injection d'immunoglobulines anti-D : Date d'injection : .. J .. J .. Dose injectée : ..... RAI dans les 7 jours précédents la 1 <sup>ère</sup> injection d'anti-D Date : .. J .. J .. Résultat : ..... <input type="checkbox"/> Contexte de thrombopénie néonatale : numération plaquettes : .. J .. J .. .. J ..			
<input checked="" type="checkbox"/> Groupe ABO (RH) + Phénotype (H Kell) (1 <sup>ère</sup> tube EDTA) (1 <sup>ère</sup> détermination ou 2 <sup>ème</sup> détermination) (4) <input checked="" type="checkbox"/> Kell (1 <sup>ère</sup> tube EDTA) <input type="checkbox"/> Eprouvette de compatibilité (BUC) (2 tubes EDTA) (Joindre obligatoirement la prescription de PSL associée) <input checked="" type="checkbox"/> Phénotype élargi (1 <sup>ère</sup> tube EDTA) (1 <sup>ère</sup> détermination ou 2 <sup>ème</sup> détermination)		<input type="checkbox"/> Test indolore de transfusionnel (1 <sup>ère</sup> tube EDTA + 1 <sup>ère</sup> tube Sec) <input type="checkbox"/> Test direct de Coombs (1 <sup>ère</sup> tube EDTA) <input type="checkbox"/> Recherche d'AC anti-A&B immuns (1 <sup>ère</sup> tube EDTA) <input type="checkbox"/> Recherche d'AC (1 <sup>ère</sup> tube EDTA) <input type="checkbox"/> Dosage pondéral d'AC (1 <sup>ère</sup> tube EDTA) <input type="checkbox"/> Autre : .....	
Prévention Immunisation Rhé ou G (obstétrique) : <input type="checkbox"/> Détermination du Rhé ou G RH1 (D) chez le bébé Origine du prélèvement : <input type="checkbox"/> urinaire <input type="checkbox"/> cordon			
Test de Kleihauer (Obstétrique) (1 tube EDTA) <input type="checkbox"/> Hémoglobine fœtale décelée <input type="checkbox"/> Phénotype de la hémoglobine <input type="checkbox"/> Prévention allo-immunisation anti-Rh1 (anti-D) <input type="checkbox"/> Interruption de grossesse du 2 <sup>ème</sup> trimestre <input type="checkbox"/> Retard de grossesse intra-utérine vésiculaire <input type="checkbox"/> Autre : ..... (5)			
Immunologie plaquettaire			
<input type="checkbox"/> Contexte transfusionnel <input type="checkbox"/> Recherche et identification d'anticorps anti-HLA (1 tube sec) <input type="checkbox"/> Type HLA classe II (1 tube ACO) <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettes (1 tube sec) <input type="checkbox"/> Cross-match plaquettes (1 tube sec) (6)			
HLA <input type="checkbox"/> Contexte de thrombopénie néonatale (joindre un consentement éclairé type) : indique le lien mère-enfant au présent <input type="checkbox"/> Nouveau-né : - Typage HPA (1 tube EDTA) <input type="checkbox"/> Mère du N-é : - Typage HPA (2 tubes EDTA) <input type="checkbox"/> Recherche d'anticorps anti-plaquettes (épreuve de cross-match avec les plaquettes plasmiques) (1 tube sec) <input type="checkbox"/> Père du N-é : - Typage HPA (1 tube EDTA) <input type="checkbox"/> Cross-match avec sérum maternel (1 tube EDTA)			
Date et Heure du prélèvement : .. J .. J .. à .. H .. (7)		Nombre de tubes : .....	
Préleveur (identité, qualité et Signature) : ..... (8)		Prescripteur (identité et Signature) : .....	

## Ordonnances HLA

- 1) Identité (réglementaire)
- 2) Greffe cellules souches
  - Typage HLA ++
  - Bilan pré-greffe
  - Chimérisme post-greffe
- 3) HLA et maladies
- 7) Prélèvement
- 8) Identité préleveur, prescripteur (signature +)

Etablissement		PRESCRIPTION D'EXAMENS D'HISTOCOMPATIBILITÉ		Vert
Service :		N° H :	Destinée au LBM de	
Code UF :		L'Établissement Français du Sang Aquitaine-Limousin		
Titre Service à Joindre :				
IDENTITE DU PATIENT OU ETIQUETE PATIENT				
Nom de famille (naissance) :				
Nom d'usage (marital) :				
Prénom :				
Né(e) le :				
Sexe : M F				
N° de séjour et/ou permanent :				
GREFFE DE CSH :				
<input type="checkbox"/> Numération de cellules CD34+ (1 tube EDTA)				
<input type="checkbox"/> Typage HLA au diagnostic				
Préciser la nature du prélèvement :				
<input type="checkbox"/> 1 <sup>er</sup> tube ACU et 1 <sup>er</sup> tube EDTA				
<input type="checkbox"/> Sérum (présentant un plasma)				
<input type="checkbox"/> Bilan pré-greffe de CSH				
<input type="checkbox"/> Type génétique pré-greffe receveur et typage HLA du donneur				
<input type="checkbox"/> Recherche et identification d'Anticorps anti-HLA (1 tube EDTA)				
<input type="checkbox"/> Survi du chimérisme post-greffe				
Préciser la nature du prélèvement :				
<input type="checkbox"/> Sang (1 tube EDTA)				
<input type="checkbox"/> Moelle osseuse (1 tube EDTA)				
<input type="checkbox"/> Cellules souches (prélevées) (1 tube EDTA)				
<input type="checkbox"/> Sérum (1 tube EDTA)				
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :				
Préciser le diagnostic suspecté : ...				
<input type="checkbox"/> Phénotype B27 (1 tube ACU)				
<input type="checkbox"/> Phénotype B51 (1 tube ACU)				
<input type="checkbox"/> Génotype B*57:01 (1 tube EDTA)				
<input type="checkbox"/> Phénotype DQ2 (1 tube ACU)				
<input type="checkbox"/> Phénotype DQ8 (1 tube ACU)				
<input type="checkbox"/> Génotype DQB1*02 (1 tube EDTA)				
<input type="checkbox"/> Autre (1 tube EDTA)				
NB : Joindre un non consentement écrit (modèle type)				
Date et Heure du prélèvement : .../.../... à ...H... (7)				Nombre de tubes : .....
Préleveur (Identité et Signature) : (8)			Prescripteur (Identité et Signature) :	

# Nouvelles recommandations ANSM - HAS

## Actualisation 2012

### Transfusion de plasma thérapeutique

#### Produits, indications



## Recommandations Plasmas thérapeutiques

- ❑ **3 types de plasma** (Cas particulier le plasma PLYO des armées) :
  - PFC-SD (traité par solvant détergent),
  - PFC-SE (sécurisé par quarantaine).
  - PFC-IA (inactivé par l'Amotosalen),

Ayant subi une méthode de sécurisation vis à vis d'agents pathogènes

Ils se conservent sous forme congelée à  $>-25^{\circ}\text{C}$  pendant 1 an

Le volume d'un plasma standard est de 200ml à 300ml, suivant le mode de préparation certains sont  $> 600\text{ml}$  (1 poche ~ 3 PFC)

Délivrés décongelés (à  $37^{\circ}$  = décongélateur qualifié) sauf exception (dépôt)  
délai incompressible (20 à 30 minutes)

Après décongélation la péremption passe à 6H (...EIR, indications)

## Recommandations Plasmas thérapeutiques

### ❑ Altérations mineures ou modérées de l'hémostase préexistantes sans hémorragie

L'administration **prophylactique** de PFC avant la survenue du saignement chez un patient ayant des concentrations normales ou modérément altérées de facteurs

➡ n'est pas indiquée.

## Recommandations Plasmas thérapeutiques

### □ **Hémorragies** : Importance de dissocier les 2 types d'hémorragies

#### 1) Situations d'intensité modérée, peu évolutives ou contrôlées

= Indications de transfusion de PFC « restrictives »

guidées par l'association de signes cliniques et de résultats biologiques traduisant le déficit en facteurs.

➔ TQ 1,5 à 1,8 fois la valeur témoin (TP de l'ordre de 40%).

# Recommandations Plasmas thérapeutiques

□ **Hémorragies** : Importance de dissocier les 2 types d'hémorragies

## 2) Situations aiguës et très rapidement évolutives

avec saignement actif important,

= Indication de PFC est aujourd'hui « **intensive** » active et précoce

la transfusion de PFC est basée plus sur l'analyse clinique de gravité que sur les dosages biologiques.

➔ conduisant à une transfusion massive,

## Recommandations Plasmas thérapeutiques

### ❑ Choc hémorragique et situations à risque de transfusions massives :

Il est recommandé de transfuser les PFC en association avec les CGR dans un ratio Plasma/CGR compris entre 1/1 et 1/2.

la transfusion de Plasma doit débuter au plus vite,

Il est également recommandé de mettre en œuvre une transfusion plaquettaire précoce, généralement lors de la deuxième prescription transfusionnelle.

➔ De plus en plus prescription de « pack hémorragique »

= 4 à 5 CGR, 4 à 5 PFC et 1 CP

« Sang Total like »

**LE DON DU SANG**  
**LE PREMIER MAILLON D'UNE CHAÎNE SECURITAIRE**



**DU DONNEUR**

**AU RECEVEUR**

**Je vous remercie**