

# FIG EFS

**Sophie SOMME**  
**Correspondant Régional d'Hémovigilance**  
**EFS-ALSACE**

# Cas n° 1

**Nature de l'incident** : transfusion d'un CPA malgré une discordance entre le n° de la poche et le n° figurant sur la fiche de délivrance nominative (FDN)

**Lieu de survenue** : EFS Strasbourg Spielmann

**Lieu de découverte** : EFS Strasbourg Spielmann

# Le déroulé des faits

## A l'EFS

- Délivrance physique et informatique d'un CPA.
- Remise en stock du CPA suite à une sélection d'un CPA plus adapté (petit volume) et sortie du stock de cet autre CPA.
- Absence de modification de ce changement dans le système informatique.
- Absence de contrôle de concordance entre la poche et la fiche de délivrance nominative au moment de la remise au coursier.

# Le déroulé des faits

## AI'ES

- Contrôle à réception incomplet.
- Contrôle de concordance incomplet par l'IDE : vérification de l'identité du patient et de la concordance de la prescription avec la FDN mais pas de la concordance entre le n° de la poche et le n° sur la FDN.
- Traçabilité du CPA effectuée à partir de la FDN et non pas à partir du Codabar du PSL.
- Découverte de l'incident à posteriori à l'EFS lors de la traçabilité du PSL.

# Les défaillances

## Deux acteurs : l'EFS et l'ES

Une cascade de défaillances : les barrières de sécurité successives n'ont pas fonctionné, l'erreur de la technicienne de l'EFS est habituellement repérée à l'ES.

## Actions correctrices :

Resensibilisation des acteurs au respect des bonnes pratiques de délivrance à l'EFS et des contrôles à réception et pré-transfusionnels à l'ES.

## Cas n°2

Nature de l'incident : Erreur de rendu de résultat de groupe ABO

Lieu de survenue : labo IH EFS de Mulhouse

Lieu de découverte : labo IH EFS de Mulhouse

# Le déroulé des faits

Le 15 janvier, passage de 2 tubes reçus pour la patiente X sur l'automate Galileo qui rend des résultats **B**, mais aussi un **antigène D positif avec un score faible** rendu « NTD (indéterminé)».

La technicienne a transféré les résultats RH-KEL du Galileo (c, C, e, E Kell) et n'a pas transféré le groupe B. Elle lance une demande de technique de groupe en manuel pour le lendemain (ne le réalise pas car seule à ce moment là).

Le lendemain, le 16 janvier, les 2 techniciennes en charge des groupages manuels n'ont pas recherché les résultats du Galileo et ont refait le groupe en totalité en gel au lieu de faire uniquement le D-Faible.

Les résultats du groupage par cette technique confirment que la patiente est du groupe B.

## Le déroulé des faits

- Ces résultats ont été **mal interprétés** par les 2 techniciennes sur les feuilles de paillasse et la conclusion A+ a été saisie dans Labo serveur à partir de la conclusion finale notée au bas du support.
- Les 2 groupes manuels faits par les techniciennes ont été validés biologiquement.
- Le biologiste contrôle les fiches de paillasse dans la journée et constate l'erreur.
- Le compte-rendu de résultat et la carte de groupe erronés ont été récupérés par le biologiste.
- Il n'y a pas eu de demande de transfusion pour ce patient.

# Les défaillances

- 2 techniciennes : l'une a fait une erreur de lecture et l'autre a recopié les résultats de la première.
- Le biologiste a validé les résultats avant de contrôler les fiches de paillasse.

## Mesures correctrices :

- Relecture et réécriture de ces procédures.
- Rappel des procédures aux personnes concernées et en réunion de service.
- Validation du biologiste après contrôle des fiches de paillasse.