

Demande de produits sanguins labiles

Travail interrégional Alsace - Franche-Comté

DRASS - ES - EFS

Version 1 - 2008

Ont participé à la réalisation de ce diaporama :

- **Monsieur Yvon ADAM**, Correspondant d'Hémovigilance des Hôpitaux Civils de Colmar
- **Madame Véronique BOURCIER**, Correspondant d'Hémovigilance du CHU de Besançon
- **Monsieur Jean CABALION** , Correspondant d'Hémovigilance du Centre Hospitalier de Sélestat
- **Madame Myriam DEL BIANCO**, Cadre de Santé à la clinique Sainte Odile de Strasbourg
- **Madame Arlette DELBOSC**, Coordonnateur Régional d'Hémovigilance à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Franche-Comté
- **Madame Eliane DUCHOSSOIS**, Cadre de Santé à la Clinique Sainte Odile de Haguenau
- **Madame Sabine HAUBER**, IDE à la cellule d'Hémovigilance des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- **Madame Marie-Claire PARAGE**, IDE à la clinique Sainte Odile de Strasbourg
- **Monsieur Jean-Pierre RAIDOT**, Correspondant d'Hémovigilance à l'ETS de Colmar
- **Madame Sylvie SCHLANGER**, Coordonnateur Régional d'Hémovigilance à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Alsace
- **Madame Florence TRANCHETTI**, Cadre de Santé à l'Etablissement des Diaconesses de Strasbourg
- **Madame Chantal WALLER**, Correspondante régionale d'Hémovigilance à l'Etablissement Français du Sang Alsace

HEMOVIGILANCE

Demande de Produits Sanguins Labiles

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues



Toute demande de Produits Sanguins Labiles comporte

- La prescription médicale de produits sanguins labiles
- Les documents de groupage sanguin valides du receveur
- La recherche d'anticorps anti-érythrocytaires (RAI)



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES
ÉTABLISSEMENT DE SOINS (inscrivez votre établissement)

IDENTIFICATION DU PATIENT
N° ordonnance: 44204210

Unité fonctionnelle: DUPONT
N° ENTREE: 94-00008239
NOM DE NAISSANCE: COLETTE
NOM D'ÉPOUSE: DUPONT
PRÉNOM: JEANE
SEXE: F
DATE DE NAISSANCE: 12.05.1945

Nature et quantité de produits prescrits:
 Concentrés de globules rouges homologues dilués
 Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Concentrés de globules rouges homologues non dilués
 Concentrés de plaquettes (CP) autologues

Indications:
 1ère détermination ABORh Rh(D) Pos+LEL1 Prélèvement: 971397330
 2ème détermination ABORh Rh(D) Pos+LEL1 Prélèvement: 250229111
 3ème détermination Phénotype C+E-c-ø+K- effectué le: 02.07.2005

Établissement de soins: Laboratoire de Biologie Médicale - E.F.S. - Alsace - Site de Strasbourg
10 rue Spélimann - B.P. 24 - 67010 Strasbourg Cedex 2

OU

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES
ÉTABLISSEMENT DE SOINS (inscrivez votre établissement)

IDENTIFICATION DU PATIENT
N° ordonnance: 44204210

Unité fonctionnelle: DUPONT
N° ENTREE: 94-00008239
NOM DE NAISSANCE: COLETTE
NOM D'ÉPOUSE: DUPONT
PRÉNOM: JEANE
SEXE: F
DATE DE NAISSANCE: 12.05.1945

Nature et quantité de produits prescrits:
 Concentrés de globules rouges homologues dilués
 Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Concentrés de globules rouges homologues non dilués
 Concentrés de plaquettes (CP) autologues

Analyses biologiques prescrites:
 Groupage ABO-Rhésus total
 Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (-phénotype étendu)
 Test de Coombs direct (test direct à l'antiglobuline)
 Recherche d'anticorps irréguliers (RAI)
 Épreuve de compatibilité si RAI positive (nombre d'unités prescrites)
 Recherche d'ant D indirect
 Dosage et dosage des anticorps immuns anti-A, anti-B
 Dosage pondéral d'anticorps irréguliers
 Dosage et dosage d'agglutinines froides (maintenir les tubes à 37°C pendant le transport)

Indications:
 1ère détermination ABORh Rh(D) Pos+LEL1 Prélèvement: 971397330
 2ème détermination ABORh Rh(D) Pos+LEL1 Prélèvement: 250229111
 3ème détermination Phénotype C+E-c-ø+K- effectué le: 02.07.2005

Établissement de soins: Établissement Français du Sang - Alsace
10, rue Spélimann - B.P. 24 - 67010 Strasbourg Cedex 2



En cas d'absence des documents immuno-hématologiques (ABO-RH1, phénotype RH-KEL1 et si nécessaire phénotype étendu) nécessaires à toute demande de PSL

- faire parvenir avec la demande, les prélèvements sanguins du receveur permettant la réalisation des examens immuno-hématologiques nécessaires à la préparation de la demande de PSL

 **Circulaire du 15 décembre 2003**

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

La prescription médicale comporte

- l'identification du patient : nom de naissance, le prénom, le nom marital s'il y a lieu, le sexe et la date de naissance
- l'identification de l'ES et du service de soins (n° de téléphone conseillé)
- la date de la demande
- l'identification lisible et la signature du prescripteur

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires) : **HAUTEPIERRE**

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-000008239
N° ENTRE : DUPONT
NOM DE NAISSANCE : née DURAND
NOM D'ÉPOUSE : Colette
PRÉNOM :
Sexe : F M
Date de naissance :
NIP : 6734 T. 27692
NIP : 4600302

Nom du prescripteur (majuscules) : **M. ENDEL** Signature (obligatoire) :
Date de prescription : 23/01/08 Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le :
Lieu de livraison :

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRÉSCRITS
Pour toute prescription de produit homologué joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
Nombre d'unités :
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatible (groupe ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : mL
 Déplasmatisé Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.
Nom et Signature du Médecin

Plasma frais congelé homologué
Indiquer le nombre d'unités :
0 unité = 200 mL
INDICATIONS :
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)
INDICATIONS :
Volume : mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
Poids du patient (kgs) :
Taille du patient (cm) :
Numération plaquettaire :
 CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
Nombre : (Moy : $3,5 \pm 0,5 \times 10^{11}$ par produit)
Dose recommandée = $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.
 CMV négatif Irradié
(ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
Indiquer le volume demandé : mL
 Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE Délai : Urgent 2 à 3 heures Urgence vitale < 30 mn Urgence vitale immédiate sans délai
Signature du médecin décidant de l'urgence

Autres produits homologues (préciser) :

Produits sanguins labiles autologues
Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : Plasma frais congelé (nombre d'unités) :

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Validité de la RAI

- validité habituelle = 3 jours (72h)
- validité étendue = 21 jours

« **Sur indication formelle du prescripteur** ou dans le cadre d'un protocole transfusionnel préétabli, **en l'absence d'antécédents transfusionnels ou d'autres épisodes immunisants** (transfusion, grossesse, greffe,..) **dans les six mois précédents....**»

Le prescripteur coche et signe cette demande spécifique après avoir obtenu cette information



Circulaire du 15 décembre 2003

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES

EFS ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignement obligatoire) **HAUTEPIERRE**

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-00008239
 N° ENTREE : DUPONT
 NOM DE NAISSANCE : née DURAND
 NOM D'ÉPOUSE : Colette
 PRÉNOM :
 NIP : 6734 T. 27692
 NIP : 4600302

N° ordonnance : 7 2 5 0 5 0 1

SEXE : F M
 DATE DE NAISSANCE :
 M A J

Nom du prescripteur (majuscules) : **M. ENDEL** Signature (obligatoire) :

Date de prescription : 23/01/08 Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le : _____ à _____ h

Lieu de livraison : _____

PATHOLOGIE DU PATIENT :

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités : _____
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatible(g) (général ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : _____ mL
 Déplasmatisé Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.
 Nom et Signature du Médecin : _____

Plasma frais congelé homologues
 Indiquer le nombre d'unités : _____ (1 unité = 200 mL)
 INDICATIONS :
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)
 INDICATIONS : _____
 Volume : _____ mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (kgs) : _____
 Taille du patient (cm) : _____
 Numération plaquettaire : _____
 CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre : _____ (Moy : 3,5 ± 0,5 x 10¹¹ par produit)
 Dose recommandée = 0,5 x 10¹¹ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.
 CMV négatif Irradié
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé : _____ mL
 Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE Urgent 2 à 3 heures Urgence vitale < 30 min Urgence vitale immédiate sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence : _____

Autres produits homologues (préciser) : _____

Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : _____ Plasma frais congelé (nombre d'unités) : _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

La prescription médicale comporte

- la date, l'heure de la délivrance
- le lieu de délivrance souhaité
- le type et la quantité de produits demandés
- le degré d'urgence s'il y a lieu



Circulaire du 15 décembre 2003

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES
ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignement obligatoire): *HUS Hautepierre*

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplit ou collez une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle: 94-00008239 | Tel. |
N° ENTRÉE: DUPONT
NOM DE NAISSANCE: née DURAND
NOM D'ÉPOUSE: Colette
PRÉNOM: |
NIP: 6734 T. 27692
NIP: 4600302

N° ordonnance: 7 2 5 0 5 0 2
SEXE: F M
DATE DE NAISSANCE: | | |

Nom du prescripteur (obligatoire): *MÉNDEL* | Signature (obligatoire): *[Signature]*
Date de prescription: *12/31/08* | Mise en réserve à l'EFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le: *24/01/08* à *10* h
Lieu de livraison: *6734*

PATHOLOGIE DU PATIENT: *Hodgkin*

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
Pour toute prescription de produit homologues, joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de PSL valide ou ses prévenances, l'ordonnance permettant de l'effectuer.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés | Concentrés de plaquettes (CP) homologues

Nombre d'unités: *2*
Phénotype Rh-Kell: Phénotype étendu
Compatibilité (prendre ordonnance et tube EDTA): CMV négatif

Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: mL
 Déplasmatisé: Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.
Nom et Signature du Médecin: |

Plasma frais congelé homologues | Echange plasmatisé (plasmaphérese)

Indiquer le nombre d'unités: (1 unité = 200 mL)
INDICATIONS: Hémorragie massive | CMV négatif | Irradié (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Coagulopathie de consommation | Réduction de volume | Préparation pédiatrique
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation | Indiquer le volume demandé: mL
 Autre: | Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE | Signature du médecin décidant de l'urgence
Délai: Urgent (2 à 3 heures) | Urgence vitale (< 30 min) | Urgence vitale immédiate sans délai

Autres produits homologues (préciser):

Produits sanguins labiles autologues

Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): Plasma frais congelé (nombre d'unités):

ÉTABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues



En cas de prescription de plasma frais congelé préciser

- l'indication qui motive la prescription
- le volume souhaité en cas d'échange plasmatique



Circulaire du 15 décembre 2003

EFSS **ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**
 ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires) **CHU**

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque bouteille

Unité fonctionnelle: 94-00008239
 N° ENTRÉE: DUPONT
 NOM DE NAISSANCE: née DURAND
 NOM D'ÉPOUSE: Colette
 PRÉNOM: Colette
 Date de naissance: 12-05-1945 F
 NIP: UF 6734 T.27692
 NIP: 4600302

N° ordonnance: 7 2 5 0 5 0 3
 SEXE: F M
 DATE DE NAISSANCE: 12 05 1945

Nom du prescripteur (obligatoire): MENDEL Signature (obligatoire): [Signature]

Date de prescription: 23/01/08 Mise en réserve à l'EFSS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le: 24/01/08 à 10 h
 Lieu de livraison: 6734

PATHOLOGIE DU PATIENT: Hodgkin + biopsie hépatique

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI validé ou les prescriptions et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités: _____
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatibilisé (glande endocrinienne et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: _____ mL
 Déplasmatisé Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.
 Nom et Signature du Médecin: _____

Plasma frais congelé homologues
 Indiquer le nombre d'unités: 2 (1 unité = 200 mL)
INDICATIONS:
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre: biopsie

Echange plasmatique (plasmaphérese)
INDICATIONS: _____
 Volume: _____ mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (kgs): _____
 Taille du patient (cm): _____
 Numération plaquettaire: _____
 CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre: _____ (Moy: 3,5 ± 0,5 x 10¹⁰ par produit)
 Dose recommandée = 0,5 x 10¹⁰ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.
 CMV négatif Irradié
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé: _____ mL
 Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE Délai: Urgent 2 à 3 heures Urgence vitale < 30 mn Urgence vitale immédiate sans délai

Autres produits homologues (préciser): _____

Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): _____ Plasma frais congelé (nombre d'unités): _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre: Tél. 03 89 12 71 72 - Fax 03 89 12 71 74

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignement obligatoire): Hautepierre

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille.

Unité fonctionnelle: 94-000008239 | Tél: _____
 N° ENTRÉE: DUPONT | N° ordonnance: N° 7250504
 NOM DE NAISSANCE: née DURAND | Sexe: F M
 NOM D'ÉPOUSE: Colette | DATE DE NAISSANCE: 12-05-1945
 PRÉNOM: JP 6734 T. 27692 | Lieu de livraison: 6734
 NIP: 4600302 | Signature (obligatoire): _____

Date de prescription: 23.01.08 | Mise en réserve à l'EFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le: 24.01.08 à 11 h

PATHOLOGIE DU PATIENT: Kidney

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés

Concentrés de plaquettes (CP) homologues

Nombre d'unités: _____ | Poids du patient (kgs): 55kg

Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatibilisé (spécifier ordonnance et tube EDTA) CMV négatif

Taille du patient (cm): 162 cm

Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: _____ mL
 Numération plaquettaire: 30.000 le 22/1/08

Déplasmatisé Irradié

CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.

Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)

Nombre: 2 (Moy: $3,5 \pm 0,5 \times 10^{11}$ par produit)
 Dose recommandée = $0,5 \times 10^9$ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{ère} intention.

Plasma frais congelé homologue

Echange plasmatique (plasmaphérèse)

INDICATIONS: _____

Hémorragie massive CMV négatif Irradié
 Coagulopathie de consommation (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Autre Déplasmatisé

Volume: _____ mL

NOTION D'URGENCE

Urgent 2 à 3 heures Urgence vitale < 30 mn Urgence vitale immédiate sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence: _____

Autres produits homologues (préciser): _____

Produits sanguins labiles autologues

Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): _____ Plasma frais congelé (nombre d'unités): _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



En cas de prescription de plaquettes préciser

- le poids du receveur (la taille si possible)
- la date et les résultats de la dernière numération plaquettaire
- la quantité souhaitée en fonction de la NP à atteindre
 (~ $0,5$ à $0,7 \times 10^{11}/7$ kgs de poids,
 ▼ de 20 000 plaquettes en moyenne)



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Des procédures spécifiques à l'urgence sont rédigées et validées par l'ES

Elles intègrent les trois notions :

- d'urgence relative (délivrance 2 à 3h)
- d'urgence vitale (délivrance < 30 min)
- d'urgence vitale immédiate (délivrance sans délai)

La notion d'urgence doit apparaître sur l'ordonnance, avec la signature du prescripteur décidant du degré d'urgence



Circulaire du 15 décembre 2003

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

IDENTIFICATION DU PATIENT (Recueillir ou coller une étiquette sur chaque feuille)

94-000008239
 Unité fonctionnelle: DUPONT
 N° ENTRÉE: née DURAND
 NOM DE NAISSANCE: Colette
 NOM D'ÉPOUSE: UF 6734 T. 27692
 PRENOM: NIP : 4600302

N° ordonnance: 7250505
 SEXE: F M
 DATE DE NAISSANCE: _____

Nom du prescripteur (masqués): MENDL Signature (obligatoire): _____
 Date de prescription: 23/01/08 Mise en réserve à l'EFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le: _____ à _____ h
 Lieu de livraison: _____

PATHOLOGIE DU PATIENT : _____

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues, joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de tout autre ou les prélèvements et l'ordonnance émanant de l'acteur.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités: 4
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatibilité (joindre ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: _____ mL
 Déplasmatisé Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.
 Nom et Signature du Médecin: _____

Plasma frais congelé homologues
 Indiquer le nombre d'unités: 3 (1 unité = 200 mL)
INDICATIONS:
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérèse)
INDICATIONS: _____
 Volume: _____ mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (Kgs): _____
 Taille du patient (cm): _____
 Numération plaquettaire: _____
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre: _____ (Moy: 3,5 ± 0,5 x 10¹¹ par produit)
 Dose recommandée = 0,5 x 10¹¹ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.
 CMV négatif Irradié
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé: _____ mL
 Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE
 Délai: Urgent 2 à 3 heures Urgence vitale < 30 min Urgence vitale immédiate sans délai
 Signature du médecin décidant de l'urgence: _____

Autres produits homologues (préciser): _____

Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): _____ Plasma frais congelé (nombre d'unités): _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Rôle des intervenants

Le médecin

- informe le patient selon la procédure en vigueur dans l'ES



- note dans le dossier de soins la prescription de PSL

- remplit et signe l'ordonnance de PSL, en sélectionnant les produits les plus adaptés au patient



- veille à la réalisation de l'acte transfusionnel dans les conditions optimales de sécurité (éviter la nuit, les WE et les jours fériés)



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Rôle des intervenants

Le soignant

- vérifie la présence d'une carte de groupe sanguin et de RAI valides ou fait parvenir les prélèvements nécessaires à leur réalisation
- vérifie la concordance totale entre l'identification du patient figurantsur les différents documents (ordonnances, carte de groupe)
- fait parvenir la ou les demande(s) selon la procédure en vigueur dans l'ES



ou



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Nature de la non conformité	Refus de la demande
Absence nom de l'ES ou service	Appel *
Identité incomplète du receveur	OUI
Discordance dans l'identité du receveur sur les différents documents	OUI
Identification absente ou illisible du prescripteur : nom et signature	OUI
Absence de date et/ou lieu de livraison	Appel *
Type et/ou quantité de PSL non renseigné	Appel *
Qualification de PSL non conforme au protocole transfusionnel	Appel *
Poids patient et/ou résultat numération non renseignés pour CP	Appel *
Indication prescription de PFC non renseignée	Appel *

* Intervention téléphonique d'une technicienne EFS au service pour obtention des informations



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Exemple
d'ordonnance
non conforme

EFSA **ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**
ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille)

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-00008239 | N° ENTRÉE : DUPONT | NOM DE NAISSANCE : née DURAND Colette | NOM D'ÉPOUSE : UF 6734 T. 27692 | PRÉNOM : NIP : 4600302

N° ordonnance : 7 2 6 5 5 9 6

SEXE : F M | DATE DE NAISSANCE : / /

Nom du prescripteur (en majuscules) : | Signature (obligatoire) : 

Date de prescription : 23/01/08 | Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance. | Commande ferme pour délivrance le : / / à h

Lieu de livraison : _____

PATHOLOGIE DU PATIENT : _____

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
Pour toute prescription de produit homologues prendre une carte ou un document de groupe sanguin et de RAI valide, ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés

Nombre d'unités : _____

Phénotype Rh-Kell | Phénotype étendu
 Compatibilité (prendre ordonnance et tube EDTA) | CMV négatif

Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : _____ mL

Déplasmatisé | Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.

Nom et Signature du Médecin : _____

Plasma frais congelé homologues

Indiquer le nombre d'unités : (1 unité = 200 mL) : 2

INDICATIONS :
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre : _____

Echange plasmatique (plasmaphérese)

INDICATIONS : _____

Volume : _____ mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues

Poids du patient (kgs) : _____

Taille du patient (cm) : _____

Numérotation plaquettaire : _____

CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)

Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)

Nombre : _____ (Moy : $3,5 \pm 0,5 \times 10^9$ par produit)
Dose recommandée = $0,5 \times 10^9$ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.

CMV négatif | Irradié
(ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)

Réduction de volume | Préparation pédiatrique

Indiquer le volume demandé : _____ mL

Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE Signature du médecin décidant de l'urgence

Délai : Urgent | Urgence vitale < 30 mn | Urgence vitale immédiate sans délai

Autres produits homologues (préciser) : _____

Produits sanguins labiles autologues

Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : _____ | Plasma frais congelé (nombre d'unités) : _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-Alsace : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

- absence date, heure et lieu de livraison
- absence identification du prescripteur
- absence de l'indication de prescription de PFC



Refus de l'ordonnance



Circulaire du 15 décembre 2003

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES
 ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Remplissage obligatoire):

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle: 94-00008239 | N° ENTRÉE: DUPONT | NOM DE NAISSANCE: née DURAND Colette | NOM D'ÉPOUSE: M. 6734 T. 27692 | PRÉNOM: NIP: 4600302

N° ordonnance: 726596

SEXE: F M | DATE DE NAISSANCE: _____

Nom du prescripteur (majuscules): _____ | Signature (obligatoire): _____

Date de prescription: 23/01/08 | Mise en réserve à l'ÉFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance. Commande ferme pour délivrance le: _____ à _____ h

Lieu de livraison: _____

PATHOLOGIE DU PATIENT: _____

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés | Concentrés de plaquettes (CP) homologues

Nombre d'unités: _____ | Poids du patient (kgs): _____

Phénotype Rh-Kell | Phénotype étendu | Taille du patient (cm): _____

Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA) | CMV négatif | Numération plaquettaire: _____

Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: _____ mL | CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)

Déplasmatisé | Irradié | Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)

RAI > 72 heures < 21 jours: absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois | Nombre: _____ (Moy: 3,5 ± 0,5 x 10¹¹ par produit)

Nom et Signature du Médecin: _____ | Dose recommandée = 0,5 x 10¹¹ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.

Plasma frais congelé homologue | Echange plasmatique (plasmaphérese)

Indiquer le nombre d'unités: 2 | (1 unité = 200 mL) | INDICATIONS: _____

Hémmorragie massive | CMV négatif | Irradié | (ou équivalent Intercept) | (ou équivalent Intercept)

Coagulopathie de consommation | Réduction de volume | Préparation pédiatrique | Indiquer le volume demandé: _____ mL

Déficit complexe (en cas de saignement de coagulation) | Déplasmatisé | Volume: _____ mL

NOTION D'URGENCE Urgent: Délai: 2 à 3 heures | Urgence vitale: < 30 mn | Urgence vitale immédiate: sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence: _____

Autres produits homologues (préciser): _____

Produits sanguins labiles autologues

Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): _____ | Plasma frais congelé (nombre d'unités): _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-Alsace: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Exemple
d'ordonnance
non conforme

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES

EFS ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Remarque obligatoire)

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle _____ Tél. _____
 N° ENTRÉE _____ NIP _____
 NOM DE NAISSANCE _____
 NOM D'ÉPOUSE _____
 PRÉNOM _____

N° ordonnance
 N° 7 2 6 5 5 9 9
 SEXE F M
 DATE DE NAISSANCE : _____

Nom du prescripteur (majuscules) : MENDEL Signature (obligatoire) : _____
 Date de prescription : 23.01.08 Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le : 24.01.08 à 10 h
 Lieu de livraison : 6734

PATHOLOGIE DU PATIENT : Hodgkin

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités : _____
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : _____ mL
 Déplasmatisé Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (Kgs) : 55 kg
 Taille du patient (cm) : 162 cm
 Numération plaquettaire : 30'000 le 22/1/08
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre : 2 (Moy : $3,5 \pm 0,5 \times 10^9$ par produit)
 Dose recommandée = $0,5 \times 10^9$ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.
 CMV négatif Irradié
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé : _____ mL
 Déplasmatisé

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.
 Nom et Signature du Médecin : _____

Plasma frais congelé homologues (1 unité = 200 mL)
 INDICATIONS :
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)
 INDICATIONS : _____
 Volume : _____ mL

NOTION D'URGENCE Urgent Urgence vitale Urgence vitale immédiate
 Délai : 2 à 3 heures < 30 mn sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence : _____

Autres produits homologues (préciser) : _____

Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : _____ Plasma frais congelé (nombre d'unités) : _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

→ pas d'identification du receveur



Refus de l'ordonnance



Circulaire du 15 décembre 2003

EFS **ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES**
 ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Remplir obligatoirement)

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque leulite

N° ordonnance:  N° 7 2 5 5 9 9

Unité fonctionnelle: _____ Tél: _____
 N° ENTREE: _____ NIP: _____
 NOM DE NAISSANCE: _____
 NOM D'ÉPOUSE: _____
 PRÉNOM: _____

SEXE: F M
 DATE DE NAISSANCE: _____

Nom du prescripteur (majuscules): MENDEL Signature (obligatoire): 

Date de prescription: 23.01.08 Mise en réserve à l'EFS: une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le: 24.01.08 à 10 h
 Lieu de livraison: 6734

PATHOLOGIE DU PATIENT: Hodgkin

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités: _____
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé: _____ mL
 Déplasmatisé Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (kgs): 55 kg
 Taille du patient (cm): 162 cm
 Numération plaquettaire: 30'000 le 22/1/08
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)

Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre: 2 (Moy: $3,5 \pm 0,5 \times 10^9$ par produit)
 Dose recommandée = $0,5 \times 10^9$ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.

Plasma frais congelé homologues
 Indiquer le nombre d'unités: _____ (1 unité = 200 mL)
 INDICATIONS: _____
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)
 INDICATIONS: _____
 Volume: _____ mL

CMV négatif Irradié (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé: _____ mL
 Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE Délai: Urgent: 2 à 3 heures. Urgence vitale: < 30 mn. Urgence vitale immédiate sans délai

Autres produits homologues (préciser): _____

Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités): _____ Plasma frais congelé (nombre d'unités): _____

Signature du médecin décidant de l'urgence: _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg: ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre: Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Exemple
d'ordonnance
non conforme

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-000008239 Tél. : _____
 N° ENTRÉE : DUPONT
 NOM DE NAISSANCE : née DURAND
 NOM D'ÉPOUSE : Colette
 PRÉNOM : _____
 NIP : 6734 T. 27692
 NIP : 4600302

N° ordonnance : _____
 SEXE : F M
 DATE DE NAISSANCE : _____

Nom du prescripteur (obligatoire) : _____ Signature (obligatoire) : _____
 Date de prescription : _____ Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le : _____ à _____ h
 Lieu de livraison : _____

PATHOLOGIE DU PATIENT : _____

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités : 2
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : _____ mL
 Déplasmatisé Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (kgs) : _____
 Taille du patient (cm) : _____
 Numération plaquettaire : _____
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre : _____ (Moy : 3,5 ± 0,5 x 10¹¹ par produit)
 Dose recommandée = 0,5 x 10¹¹ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.
 CMV négatif Irradié
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé : _____ mL
 Déplasmatisé

Plasma frais congelé homologues
 Indiquer le nombre d'unités : _____ (1 unité = 200 mL)
INDICATIONS :
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre : _____

Echange plasmatique (plasmaphérese)
INDICATIONS : _____
 Volume : _____ mL

NOTION D'URGENCE
 Délai : Urgent 2 à 3 heures Urgence vitale < 30 mn Urgence vitale immédiate sans délai

Signature du médecin décideur de l'urgence : _____

Autres produits homologues (préciser) : _____

Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : _____ Plasma frais congelé (nombre d'unités) : _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de HautePierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

- absence d'identification et signature du prescripteur
- absence des date de prescription, date et lieu de délivrance
- signature du prescripteur décidant de l'urgence



Refus de l'ordonnance



Circulaire du 15 décembre 2003

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES
 ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-000008239 T.él. :
 N° ENTRÉE : DUPONT
 NOM DE NAISSANCE : née DURAND
 NOM D'ÉPOUSE : Colette
 PRÉNOM :
 DATE DE NAISSANCE : 19-05-1945 F
 NIP : 6734 T. 27692
 NIP : 4600302

N° ordonnance :
 N° 7 2 6 5 5 9 8

Sexe : F M

Nom du prescripteur (obligatoire) : _____ Signature (obligatoire) : _____

Date de prescription : _____

Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le : _____ à _____ h
 Lieu de livraison : _____

PATHOLOGIE DU PATIENT : _____

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupage sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités : 2
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : _____ mL
 Déplasmatisé Irradié

RAI > 72 heures < 21 jours : absence d'antécédent transfusionnel ou autre épisode immunisant (grossesse, greffe...) depuis 6 mois.
 Nom et Signature du Médecin : _____

Plasma frais congelé homologues
 Indiquer le nombre d'unités : _____ (1 unité = 200 mL)
INDICATIONS :
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit congénite rare en facteur de coagulation
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)
INDICATIONS : _____
 Volume : _____ mL

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (kgs) : _____
 Taille du patient (cm) : _____
 Numération plaquettaire : _____

CP d'aphérese déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre : _____ (Moy : $3,5 \pm 0,5 \times 10^{11}$ par produit)
 Dose recommandée = $0,5 \times 10^{11}$ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.
 CMV négatif Irradié
 (ou équivalent Intercept) (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé : _____ mL
 Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE Urgent Urgence vitale Urgence vitale immédiate
 Délai : 2 à 3 heures < 30 min sans délai

Signature du médecin décidant de l'urgence : _____

Autres produits homologues (préciser) : _____

Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : _____ Plasma frais congelé (nombre d'unités) : _____

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Exemple
d'ordonnance
non conforme

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES

ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

IDENTIFICATION DU PATIENT *Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille*

Unité fonctionnelle : 94-00008239 Tél. :
 N° ENTRÉE : DUPONT
 NOM DE NAISSANCE : née DURAND
 NOM D'ÉPOUSE : Colette
 PRÉNOM :
 NIP : 6734 T. 27692
 NIP : 4600302

N° ordonnance : 7 2 5 5 9 7
 SEXE : F M
 DATE DE NAISSANCE : / /

Nom du prescripteur (majuscules) : M. N. D. E. L. Signature (collatoire) :
 Date de prescription : 23/01/08 Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le : 24/01/08 à 10 h
 Lieu de livraison : 6734

PATHOLOGIE DU PATIENT : Hodgkin

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRÉSCRITS
Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupe sanguin et de RAI valide ou les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités :
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatibilisé (joindre ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : mL
 Déplasmatisé Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (kgs) :
 Taille du patient (cm) :
 Numération plaquettaire :
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre : 2 (Moy : $3,5 \pm 0,5 \times 10^9$ par produit)
 Dose recommandée = $0,5 \times 10^9$ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.

Plasma frais congelé homologues
 Indiquer le nombre d'unités : (1 unité = 200 mL)
INDICATIONS :
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre

Echange plasmatisé (plasmaphérese)
INDICATIONS :
 Volume : mL
 CMV négatif Irradié (ou équivalent Intercept)
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé : mL
 Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE Urgent Urgence vitale Urgence vitale immédiate sans délai
 Délai : 2 à 3 heures < 30 mn

Signature du médecin décidant de l'urgence :
 Autres produits homologues (préciser) :
 Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : Plasma frais congelé (nombre d'unités) :

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Haute-pierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74



Circulaire du 15 décembre 2003

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

→ manque résultat numération plaquettaire et poids du patient



Intervention téléphonique d'une technicienne EFS au service pour obtenir l'information



Circulaire du 15 décembre 2003

ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS HUMAINS LABILES
 ÉTABLISSEMENT DE SOINS (Renseignements obligatoires)

IDENTIFICATION DU PATIENT Remplir ou coller une étiquette sur chaque feuille

Unité fonctionnelle : 94-000008239 Tél. :
 N° ENTRÉE : DUPONT
 NOM DE NAISSANCE : née DURAND
 NOM D'ÉPOUSE : Colette
 UF : 6734 T. 27692
 PRÉNOM : NIP : 4600302

N° ordonnance : 7 2 6 5 5 9 7
 SEXE : F M
 DATE DE NAISSANCE : / /

Nom du prescripteur (majuscules) : M. N. D. E. L. Signature (collagatoire) :
 Date de prescription : 12/30/10/08 Mise en réserve à l'EFS : une nouvelle ordonnance sera nécessaire pour la délivrance.
 Commande ferme pour délivrance le : 12/40/10/08 à 10 h
 Lieu de livraison : 6734

PATHOLOGIE DU PATIENT : Hodgkin

NATURE ET QUANTITÉ DE PRODUITS PRESCRITS
 Pour toute prescription de produit homologues joindre une carte ou un document de groupe sanguin et de RAI valide au les prélèvements et l'ordonnance permettant de l'effectuer.

Concentrés de globules rouges homologues déleucocytés
 Nombre d'unités :
 Phénotype Rh-Kell Phénotype étendu
 Compatible (poudre ordonnance et tube EDTA) CMV négatif
 Préparation pédiatrique (partage), indiquer le volume demandé : mL
 Déplasmatisé Irradié

Concentrés de plaquettes (CP) homologues
 Poids du patient (Kgs) :
 Taille du patient (cm) :
 Numération plaquettaire :
 CP d'aphérèse déleucocyté (ou IA Intercept)
 Mélange de CP standard déleucocyté (ou IA Intercept)
 Nombre : 2 (Moy : $3,5 \pm 0,5 \times 10^9$ par produit)
 Dose recommandée = $0,5 \times 10^9$ plaquettes pour 7 Kgs de poids en 1^{re} intention.

Plasma frais congelé homologue
 Indiquer le nombre d'unités : (1 unité = 200 mL)
INDICATIONS :
 Hémorragie massive
 Coagulopathie de consommation
 Déficit complexe rare en facteur de coagulation
 Autre

Echange plasmatique (plasmaphérese)
INDICATIONS :
 Volume : mL
 CMV négatif Irradié
 Réduction de volume Préparation pédiatrique
 Indiquer le volume demandé : mL
 Déplasmatisé

NOTION D'URGENCE Urgent Urgence vitale Urgence vitale immédiate
 Délai : 2 à 3 heures < 30 mn sans délai
 Signature du médecin décidant de l'urgence

Autres produits homologues (préciser) :
 Produits sanguins labiles autologues
 Concentrés de globules rouges (nombre d'unités) : Plasma frais congelé (nombre d'unités) :

ETABLISSEMENT FRANÇAIS DU SANG - ALSACE
 10, rue Spielmann - B.P. 36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. 03 88 21 25 25
 Site de Strasbourg : ligne directe 03 88 21 25 01 - Fax 03 88 21 25 20 - Site de Hautepierre : Tél. 03 88 12 71 72 - Fax 03 88 12 71 74

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues

Questions



- Je suis donneur de sang, ma carte de donneur est elle considérée comme une carte de groupe sanguin ?
- Peut-on commander des PSL avec deux documents de groupage provenant de deux laboratoires différents, avec chacun une seule détermination ?
- Peut-on transfuser (en dehors de l'urgence) avec un seul phénotype RH-KEL connu ?
- Une carte de groupe avec le nom et le prénom sans le nom de naissance est-elle valide ?
- Je me suis mariée : ma carte de groupe sanguin est à mon nom de naissance, est-elle valide ?
- Une carte de groupe sanguin où figurent le nom et le prénom sans savoir s'il s'agit du nom marital ou nom de naissance est-elle valide ?



Circulaire du 15 décembre 2003

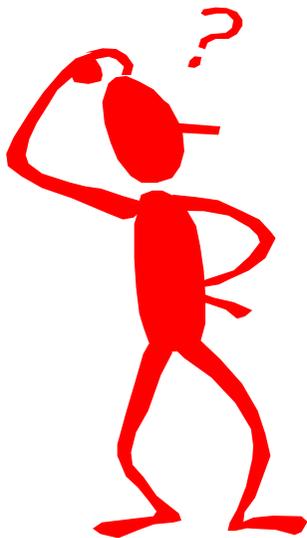
Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues



Textes réglementaires

- **Circulaire du 15 décembre 2003 DGS/DHOS/AFSSAPS n°03/582** relative à la réalisation de l'acte transfusionnel
- **Circulaire DGS/DHOS/SD3/2006 du 11 janvier 2006** relative aux analyses et tests pratiqués sur les receveurs de produits sanguins labiles
- **Décision du 6 Novembre 2006** définissant les principes de bonnes pratiques prévus à l'article L. 1223-3 du code de la santé publique

Demande de Produits Sanguins Labiles (PSL) homologues ou autologues



QUESTIONS.....???