

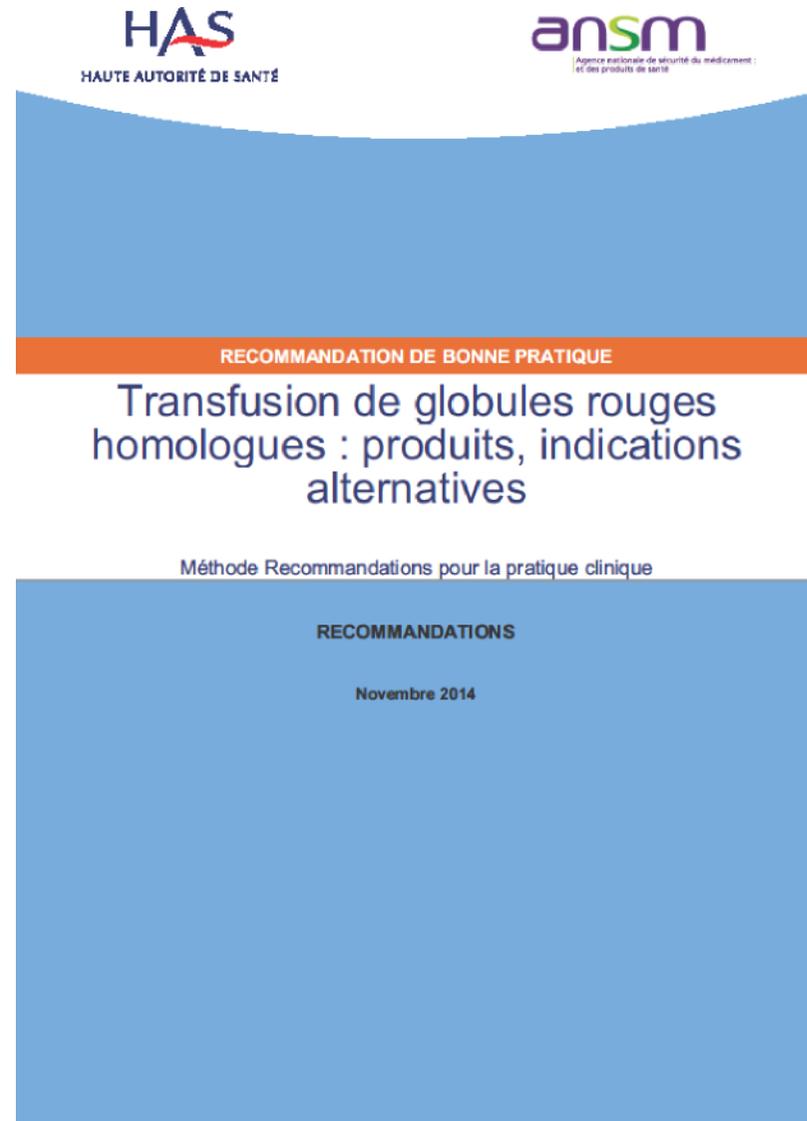


RECOMMANDATIONS HAS - CGR

Philippe RENAUDIER

Les recommandations CGR – HAS (novembre 2014)

- En quelques secondes
- En quelques minutes
- En quelques heures



Recommandations CGR-HAS en quelques secondes

- **Seuils transfusionnels**
 - < 70 g/l : en général indication
 - < 80 g/l : insuffisants cardiaques / coronariens / CT massive
 - > 100 g/l : en général pas d'indication
- **La prolongation de la RAI à 21 jours**
doit être inscrite / ajoutée sur les ordonnances de PSL
- **La qualification CMV négative n'a plus d'indications**
- **Les indications de l'irradiation s'élargissent en hémato**
- **En UVI, la référence devient O⁺, sauf si (O⁻) :**
 - femme avant la ménopause
 - patient connu RH nég.
- **Le patient au cœur du système**
 - groupage : 2 déterminations indépendantes
 - le patient a :
 - o une identité
 - o des antécédents transfusionnels

Recommandations CGR-HAS en quelques minutes

- **Comment sont-elles établies ?**
 - chargé de projet
 - groupe de travail
 - 559 nouveaux articles analysés
 - groupe de lecture
- **Comment sont-elles cotées ?**
 - Grade des [recommandations](#)
- **4 parties :**
 - Examens immuno-hémato
 - Hématologie / oncologie
 - (dont gériatrie (> 80 ans))
 - Anesthésie / Réanimation / Chirurgie / Urgences
 - Néonatalogie
- **3 Versions**
 - Synthèse
 - Recommandations
 - Argumentation scientifique

Grade des recommandations

- **A**
 - Preuve scientifique établie
 - Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
- **B**
 - Présomption scientifique
 - Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
- **C**
 - Faible niveau de preuve
 - Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
- **AE**
 - Accord d'experts
 - En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Recommandations CGR-HAS en quelques minutes

- **Comment sont-elles établies ?**

- chargé de projet
- groupe de travail
 - 559 nouveaux articles analysés
- groupe de lecture

- **Comment sont-elles cotées ?**

- Grade des [recommandations](#)

- **4 parties :**

- Examens immuno-hémato
- Hématologie / oncologie
 - (dont gériatrie (> 80 ans))
- Anesthésie / Réanimation / Chirurgie / Urgences
- Néonatalogie

- **3 Versions**

- Synthèse
- Recommandations
- Argumentation scientifique

SYNTHESE

5 + 4 + 8 + 8 = 25 pages

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ansm

Agence nationale de sécurité du médicament
et des produits de santé

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Transfusions de globules rouges homologues : produits indications, alternatives

Hématologie, oncologie

Novembre 2014

HÉMOGLOBINOPATHIES

Adultes drépanocytaires

Indications et modalités de transfusion

AE

Il n'est pas recommandé d'utiliser de seuil systématique en raison de la diversité des complications associées à la drépanocytose et de la tolérance individuelle.

Les transfusions simples sont indiquées dans les cas d'anémie mal tolérée, notamment syndrome thoracique aigu avec anémie, érythroblastopénie et aggravation aiguë de l'anémie.

Il n'est pas recommandé de dépasser le taux d'hémoglobine basal du patient à 1 ou 2 g/dl près en cas d'indication de transfusion simple.

Les échanges transfusionnels sont indiqués dans les situations d'urgence suivantes : accident vasculaire cérébral, syndrome thoracique aigu d'emblée sévère ou résistant au traitement, défaillance multiviscérale. Les autres indications (priapisme, crises douloureuses, infections, etc.) se discutent après échec du traitement médicamenteux.

Les échanges transfusionnels itératifs sont indiqués en cas de vasculopathie cérébrale et de défaillance organique chronique (cardiaque, rénale, et autres). L'objectif est d'obtenir un pourcentage d'HbS inférieur à 30 %.

Des programmes d'échanges transfusionnels temporaires peuvent être indiqués en cas de grossesse, d'intervention chirurgicale hémorragique ou de crises drépanocytaires non contrôlées.

Il n'est pas recommandé de mettre en œuvre des transfusions simples ou des échanges transfusionnels dans les cas suivants :

- anémie chronique stable : la plupart des patients drépanocytaires ont une anémie chronique asymptomatique (Hb habituellement entre 7 et 9 g/dl) et n'ont pas besoin de transfusion sanguine pour améliorer le transport d'oxygène ;
- crises douloureuses non compliquées ;
- infections non compliquées ;
- petite chirurgie ne nécessitant pas d'anesthésie générale prolongée ;
- traitement médical de l'ostéonécrose aseptique de la hanche ou de l'épaule.

Recommandations

70 pages



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications alternatives

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

RECOMMANDATIONS

Novembre 2014

Argumentaires scientifiques

162 + 155 + 225 + 90 = 632 pages



RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications alternatives en hématologie et en oncologie

Méthode « Recommandations pour la pratique clinique »

ARGUMENTAIRE SCIENTIFIQUE

Novembre 2014

LES GRADES A

A	Une supplémentation par du fer par voie orale est recommandée en dehors des situations d'urgence.
A	La correction de la carence en folates repose sur l'apport de folates par voie orale, associé à un contrôle par hémogramme de son efficacité. L'administration de folates par voie parentérale est recommandée en cas d'impossibilité, ou d'inefficacité de l'administration par voie orale.
A	La correction de la carence en vitamine B12 repose sur l'administration de cette vitamine. Il est recommandé de l'administrer par voie orale sous couvert d'un dosage sanguin. L'administration par voie parentérale (intramusculaire ou sous-cutanée profonde) est recommandée, à la phase initiale en particulier quant il s'agit d'éviter une transfusion ou lorsqu'il existe des signes neurologiques.
A	L'utilisation de l'EPO est recommandée en préopératoire de la chirurgie orthopédique hémorragique chez les patients modérément anémiques. L'utilisation devra être réservée aux patients ayant une anémie modérée (par exemple Hb : 100 à 130 g/l) et chez lesquels on s'attend à des pertes de sang modérées (900 à 1 800 ml)
A	Il est recommandé d'utiliser l'acide tranexamique dans les 3 premières heures de la prise en charge d'un polytraumatisme, à la dose suivante : 1 gramme en intraveineuse lente de 10 minutes suivie d'administration de 1 gramme sur 8 heures.
A	L'administration systématique du facteur VIIa recombinant n'est pas recommandé.
A	Le clampage retardé du cordon d'au moins 30 secondes chez le nouveau-né prématuré et d'au moins 1 minute chez le nouveau-né à terme est recommandé dans la mesure où il ne retarde pas la prise en charge d'une urgence vitale. Il n'est pas utile de mettre l'enfant au-dessous de niveau du placenta pour optimiser la manœuvre.

Immuno-hématologie (1)

- Comment s'organiser ?

1. “Les deux examens groupe sanguin ABO – RH1 et phénotype RH-KEL1 doivent être réalisés chacun **deux fois de façon indépendantes** pour que leurs résultats soient considérés comme valides (obligation réglementaire)”.
2. “Chez un patient ayant des antécédents de transfusion, de grossesse ou de transplantation dans les 6 mois précédents, le délai maximal de validité de la RAI est de 3 jours (72 h) (obligation réglementaire)”

“Ce délai de validité est prolongé à 21 jours lorsque le résultat de la RAI est négatif et en l'absence d'antécédent de transfusion, de grossesse ou de transplantation dans les 6 mois précédents. Dans ce cas, la prescription de CGR doit mentionner la prolongation de validité (obligation réglementaire)”.



CSTH = Comment s'en assurer ?

Immuno-hématologie (2)

- **Recommandation sur la RAI**

AE

Il est recommandé que le formulaire de prescription de CGR comporte la mention de la prolongation du délai de validité de la RAI à 21 jours afin de faciliter l'obligation réglementaire précitée.

Dans certains cas d'épisodes transfusionnels récents, notamment en cas de suspicion d'inefficacité transfusionnelle, la sécurisation passe par un délai de RAI le plus proche possible de la transfusion.

Suite à un épisode transfusionnel, une RAI doit être réalisée dans un délai de 1 à 3 mois (obligation réglementaire).

Immuno-hématologie (3)

- **Phénotype étendu**

- **Définition** : “s’applique lorsque au moins un Ag différent de RH 2, 3, 4, 5 et KEL1 est concerné parmi les autres systèmes de groupes sanguins(...) et qu’il est antigéno-compatible avec le receveur”.

- **Recommandations** :

B

Il est recommandé de prescrire la qualification « phénotype étendu », afin de prévenir la survenue d’un accident hémolytique, chez les patients ayant développé un ou des allo-anticorps antiérythrocytaires présentant un risque transfusionnel contre au moins un antigène de groupe sanguin du globule rouge dans des systèmes de groupes sanguins autres que RH et KEL1.

AE

Il est souhaitable dans ce cas de respecter également le phénotype RH-KEL 1 (antigènes RH2, RH3, RH4, RH5 et KEL1) à titre préventif.

- **Pas de recommandation** : hémoglobinopathies

Immuno-hématologie (4)

- **Compatibilisé (EDC)**

- **Définition** : “s’applique au CGR pour lesquels une épreuve directe de compatibilité au laboratoire entre le plasma du receveur et les globules rouges du CGR a été réalisée (...) et que le CGR est effectivement compatible”.
- **Recommandation** :

AE

Il est recommandé de prescrire la qualification « compatibilisé » en cas de transfusion d’un sujet porteur de drépanocytose.

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE (1)

- **Hémoglobinopathie**
 - Adultes drépanocytaires
 - Enfants drépanocytaires
 - Thalassémie
- **Leucémie aiguës de l'adulte et greffes de CSP**
 - Seuil : 80 g/l, 100 g/l si patho CV ou intolérance
 - Phénotypés RH-K
 - Irradiation : greffe CSP ou immunodépression profonde.
- **Tumeurs solides et autres hémopathies malignes adultes**
 - Seuil : 80 g/l, 100 g/l si patho CV ou intolérance
 - EPO : oui si :
 - Hémopathie non myéloïde ou tumeur solide
 - $100 \text{ g/l} < [\text{Hb}] < 120 \text{ g/l}$
 - Attention à THAL / REV
- **Myélodysplasie**
- **Anémies carencielles**
 - Cf grade A
- **AHAI**
- **Gériatrie (prévention TACO)**
- **MAT**

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE (2)

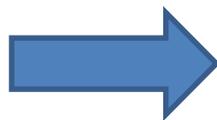
DREPANOCYTOSE

- **Immuno-hématologie**
 - Phénotype érythrocytaire étendu au diagnostic
 - CGR phéno RH-KEL si RAI négative, et TOUJOURS compatibilisé
- **Pas de seuil transfusionnel : quelle est l'Hb de base du patient ?**
- **Transfusion simple**
 - Anémie *mal tolérée* : STA, érythroblastopénie, séquestration
 - Sans dépasser + 10 – 20 g/l d'Hb / taux de base
- **Echange transfusionnel ponctuel**
 - AVC, STA sévère ou résistance au traitement, défaillance multiviscérale
- **Echange transfusionnel itératif**
 - Vasculopathie cérébrale, défaillance organique chronique
 - Objectif : [HbS] < 30 %
- **Surveillance ferritine et chélation du fer**

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE (3)

THALASSEMIE

- **Sujet traité par un PNDS**
 - *Protocole National de Diagnostic et de Soins*
- **Immuno-hématologie**
 - Idem que pour la drépanocytose mais la compatibilité n'est pas obligatoire
- **Transfusion simple**
- **Surveillance ferritine et chélation du fer**



CSTH : nombre cumulé de CGR

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE (4)

DETERMINATION DU PHENOTYPE ETENDU

AE

Il est recommandé de prescrire l'examen phénotype étendu dans les situations suivantes :

- à titre systématique, et comprenant alors au moins la détermination des antigènes FY1, FY2, JK1, JK2, MNS3 et MNS4

chez les patients dont le diagnostic impose des transfusions itératives, notamment hémoglobinopathies, hémopathies malignes, myélodysplasies ;

- à la demande, chez les patients porteurs d'un anticorps dirigé contre un antigène de groupe sanguin autre que RH1 à 5 et KEL1, pour confirmer la spécificité et la nature allo-immune de l'anticorps.

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE (5)

- **La qualification CMV NEG n'a plus d'indications.**

- Recommandations.

AE

- Chez l'adulte, il n'y a pas lieu de prescrire la qualification CMV négatif pour les CGR, quels que soient le terrain, l'âge ou la pathologie du patient.
- En pédiatrie, il n'y a pas lieu de prescrire la qualification CMV négatif pour les CGR, quels que soient le terrain, l'âge gestationnel ou la pathologie de l'enfant.

- Rationnel.

→ Argumentaire produits – annexe 3 pp. 63 – 78 (90 réf.)

- arguments biologiques

- CMV strictement intra-leucocytaire
- contrôle – qualité déleucocytation

- arguments épidémiologiques

- pas de cas décrit en France depuis 1998
- bibliographie concluante
- la qualification CMV neg disparaît des recommandations britanniques

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE (6)

- Recommandations.

Il est recommandé de prescrire la transformation « irradiation » des CGR dans les situations suivantes :

- patients porteurs d'un déficit immunitaire congénital cellulaire ;
 - transfusion de CGR issus d'un don dirigé intrafamilial, quel que soit le degré de parenté entre donneur et receveur (obligation réglementaire) ;
 - avant (7 jours) ou pendant un prélèvement de cellules souches hématopoïétiques (autologues ou allogéniques), médullaires ou sanguines ;
- B**
- patients traités par greffe de cellules souches hématopoïétiques autologues, dès le début du conditionnement et pendant au moins 3 mois après autogreffe (1 an après conditionnement avec irradiation corporelle totale) ;
 - patients traités par greffe de cellules souches hématopoïétiques allogéniques, dès le début du conditionnement et pendant au moins 1 an après la greffe ; au-delà de 1 an, l'indication peut être discutée en fonction de l'état clinique et du degré d'immunosuppression ; en cas de réaction du greffon contre l'hôte chronique ou de poursuite d'un traitement immunosuppresseur l'indication sera maintenue indéfiniment.

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE (7)

GERIATRIE (âgé > 80 ans)

Un âge supérieur à 80 ans n'est pas une contre-indication à la transfusion :
Les indications sont les mêmes qu'en population générale
Le risque de surcharge volémique est accru

AE

Les seuils suivants sont recommandés :

- 70 g/l en l'absence d'insuffisance cardiaque ou coronarienne et de mauvaise tolérance clinique
- 80 g/l chez les patients insuffisants cardiaques ou coronariens
- 100 g/l en cas de mauvaise tolérance clinique.

Modalités de transfusion et de surveillance

Avant toute transfusion, il est recommandé de s'assurer de la qualité de la voie d'abord veineuse.

Le CGR est transfusé lentement, à une vitesse inférieure à 5 ml/min pendant les 15 premières minutes, puis la vitesse est adaptée à la tolérance clinique.

La durée moyenne de transfusion se situe autour de 2 heures.

HEMATOLOGIE – ONCOLOGIE (8)

GERIATRIE (âgé > 80 ans)

AE	<ul style="list-style-type: none">• La transfusion en protocole « phénotypé RH-KEL1 » n'est pas recommandée sauf si des transfusions répétées sont prévues, comme c'est le cas pour les syndromes myélodysplasiques.
AE	<ul style="list-style-type: none">• Il est recommandé de ne prescrire qu'un seul CGR à la fois lorsque la tolérance du patient à la transfusion n'est pas connue. Le taux d'hémoglobine est alors contrôlé avant toute nouvelle prescription de CGR pour discuter une éventuelle nouvelle transfusion.
AE	<ul style="list-style-type: none">• Il n'est pas recommandé d'associer préventivement un diurétique à la transfusion.
AE	<ul style="list-style-type: none">• Il est recommandé de surveiller, outre les paramètres habituelles (fréquence cardiaque, pression artérielle, température), la fréquence respiratoire et, si possible, la saturation en oxygène, pendant la transfusion à intervalles réguliers de 15 à 30 minutes, et jusqu'à 1 à 2 heures après la transfusion.
AE	<ul style="list-style-type: none">• En cas de transfusion en hôpital de jour, il est recommandé que l'autorisation de sortie soit délivrée par un médecin, après information du patient et de son entourage des symptômes d'alerte de l'œdème aigu du poumon (dyspnée, toux, douleur thoracique...).

ANESTHESIE – REANIMATION - CHIRURGIE - URGENCES (1)

ANESTHESIE

B

Les seuils transfusionnels suivants d'hémoglobine au cours de la période périopératoire sont recommandés :

- 70 g/l chez les personnes sans antécédents particuliers ;
- 100 g/l chez les personnes ne tolérant pas cliniquement les concentrations d'hémoglobine inférieures ou atteintes d'insuffisance coronarienne aiguë ou d'insuffisance cardiaque avérée ou bêta-bloquées.

AE

Il est recommandé, au cours de la période périopératoire, de privilégier un seuil transfusionnel de 80-90 g/l chez les personnes ayant des antécédents cardiovasculaires.

ANESTHESIE – REANIMATION - CHIRURGIE - URGENCES (2)

REANIMATION

B

Le seuil transfusionnel de 70 g/l est recommandé en l'absence d'insuffisance coronarienne aiguë, y compris chez les patients ayant une cardiopathie chronique équilibrée. En présence d'une insuffisance coronarienne aiguë, le seuil transfusionnel est alors de 100 g/l d'Hb.

B

Hors traumatisme crânien et hors transfusion massive, le seuil transfusionnel recommandé est de 70 g/l en l'absence de mauvaise tolérance clinique.

B

Le seuil transfusionnel recommandé est de 70 g/l dans le cadre d'une hémorragie digestive, (*dans le cas d'une bonne tolérance clinique et en l'absence de signe de choc*).

ANESTHESIE – REANIMATION - CHIRURGIE - URGENCES (3)

FER ET EPO

B

L'utilisation du fer est recommandée chez les patients en anesthésie uniquement en présence d'une carence martiale.

B

L'utilisation d'EPO n'est pas recommandée en réanimation.

A

L'utilisation de l'EPO est recommandée en préopératoire de la chirurgie orthopédique hémorragique chez les patients modérément anémiques. L'utilisation devra être réservée aux patients ayant une anémie modérée (par exemple Hb : 100 à 130 g/l), et chez lesquels on s'attend à des pertes de sang modérées (900 à 1 800 ml).

ANESTHESIE – REANIMATION - CHIRURGIE - URGENCES (4)

Acide Tranexanique

“Les contre-indications à l'utilisation de l'acide tranexamique sont les antécédents de maladie thromboembolique veineuse et artérielle et les antécédents de crise convulsive. Ces contre-indications sont relatives. La dose sera à adapter en cas d'insuffisance rénale”.

B	Il est recommandé d'utiliser l'acide tranexamique dans le cadre péri-opératoire en chirurgie hémorragique chez les patients ne présentant pas de contre-indication à ce produit.
A	Il est recommandé d'utiliser l'acide tranexamique dans les 3 premières heures de la prise en charge d'un polytraumatisé, à la dose suivante : 1 gramme en intraveineuse lente de 10 minutes suivie de l'administration de 1 gramme sur 8 heures.

“Aucune recommandation n'a pu être émise étant donné l'insuffisance des données sur la balance bénéfique/risque de l'acide tranexamique dans le cadre de l'hémorragie du post- partum”.

ANESTHESIE – REANIMATION - CHIRURGIE - URGENCES (5)

URGENCE VITALE IMMEDIATE

AE

En l'absence de résultats de groupe ABO disponibles ou dans toute situation où le lien entre le patient et ses examens n'est pas certain, il est recommandé de transfuser des CGR de groupe O.



AE

En l'absence de toute donnée IH, les CGR délivrés seront

O RH :1 KEL :-1

sauf pour la femme de la naissance jusqu'à la fin de la période procréatrice, pour laquelle les CGR O RH :-1 KEL : -1 sont recommandés en première intention et dans les limites de leur disponibilité.

AE

Avec le résultat disponible d'une seule détermination de groupe ABO-RH1 et phénotype RH-KEL1, les CGR délivrés sont de groupe O et compatibles avec le phénotype RH-KEL1 du patient, si ces CGR sont disponibles dans les délais

AE

Chez la femme dont le groupe Rhésus est connu et est RH :1, si son phénotype RH4 est négatif ou inconnu, il n'est pas recommandé de transfuser des CGR RH :-1 de la naissance jusqu'à la fin de la période procréatrice.

NEONATOLOGIE

AE	<p>Il n'est pas recommandé de prescrire la transformation irradiation du CGR pour les transfusions de volume ≤ 20 ml/kg et à un débit de perfusion ≤ 5 ml/kg/heure chez le nouveau-né d'âge post-menstruel supérieur à 32 semaines ou de plus de 1 500 grammes le jour de la transfusion.</p> <p>Les indications recommandées de la transformation irradiation des CGR sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• Les transfusions fœtales et toutes transfusions survenant par la suite jusqu'au 6 mois corrigé de l'enfant (soit délai entre la date de la transfusion de CGR ultérieure au terme et la date théorique du terme de l'enfant ≤ 6 mois) ;• Les exsanguino-transfusions ;• Les transfusions massives, c'est-à-dire de volume > 20 ml/kg ou > 80 ml/kg/24 heures ou à un débit de perfusion > 5 ml/kg/heure ;• Les déficits immunitaires cellulaires congénitaux, avérés ou suspectés ;• Le don dirigé d'un donneur apparenté en raison du risque d'haplo-identité HLA entre le donneur et le receveur.
C	<p>Dans le cadre de transfusion fœtale, compte tenu du risque d'hyperkaliémie symptomatique, il est recommandé, de transfuser dans les 24 heures suivant l'irradiation du CGR.</p>
AE	<p>Dans le cadre d'exsanguino-transfusion et de transfusion massive, compte tenu du risque d'hyperkaliémie symptomatique, il est recommandé, de transfuser dans les 48 heures suivant l'irradiation du CGR. En cas d'impossibilité, l'indication de l'irradiation mérite d'être reconsidérée.</p>
AE	<p>En cas d'urgence, il n'est pas recommandé de prescrire de CGR irradiés, de façon à ne pas retarder la transfusion.</p>

RECOS HAS-CGR / QUELLES CONSEQUENCES ? (1)

LES ROLES DES CSTH

- Se rappeler cette publication :

The gel test: a new way to detect red cell
antigen-antibody reactions

Y. LAPIERRE, D. RIGAL, J. ADAM, D. JOSEF, F. MEYER, S. GREBER, AND C. DROT

TRANSFUSION 1990;30:109-113..

RECOS HAS-CGR / QUELLES CONSEQUENCES ? (2)

- **Définir et procéder l'organisation pour que :**
 - le clinicien connaisse la dernière RAI
 - le clinicien connaisse les consignes transfusionnels
 - le clinicien connaisse le nombre cumulé de CGR
 - le patient transfusé en HDJ notifie les EIR à sa prochaine hospitalisation
- **S'assurer que toute maternité peut transfuser en urgence un nouveau-né**
 - matériel
 - procédures

Remerciements

- Les membres du groupe de travail de la HAS
- Docteurs Philippe CABRE et Marianne SANDLARZ, CRHST – PDC, pour l'inspiration que j'ai trouvée dans leur travail
- Béatrice BOREL, pour la conception de cette présentation



**17th INTERNATIONAL
HAEMOVIGILANCE SEMINAR**
9 - 11 MARCH 2016 PARIS - FRANCE

IHN International
Haemovigilance
Network



Hosted by

International Haemovigilance Network (IHN)
Conférence Nationale des Coordonateurs Régionaux d'Hémovigilance (CNCRH)
Société Française de Vigilance et de Thérapeutique Transfusionnelle (SFVTT)
Société Française de Transfusion Sanguine (SFTS)
Institut National de Transfusion Sanguine (INTS)
Centre de Transfusion Sanguine des Armées (CTSA)
Etablissement Français du Sang (EFS)

WWW.IHS-SEMINAR.ORG

Dear colleagues,

On behalf of the IHN Executive Board, the local organizing committee, and our national and international partners, it is our great pleasure to invite you to join us in Paris in March, 9 - 11, 2016, for the 17th International Haemovigilance Seminar.

We have planned a comprehensive and stimulating Seminar, addressing the full spectrum of haemovigilance activities. There will be the opportunity to learn from and discuss with colleagues from medicine, science, industry and health policy and regulatory agencies. We are planning an educational day in French. The Seminar will include the IHN Medal presentation and lecture, recognizing significant contributions to the work of IHN and to advancement of the field of haemovigilance.

We invite you to plan to submit an abstract to share your experiences with our participants from all around the world, or to support the meeting by joining the exhibition and satellite symposia.

Paris is a beautiful and vibrant city, and we are sure that you will enjoy both the International Haemovigilance Seminar program and all that the location has to offer.

- Erica Wood, *International Haemovigilance Network*
- Philippe Renaudier, *Conférence Nationale des Coordonateurs Régionaux d'Hémovigilance*
- Bernard Lassale, *Société Française de Vigilance et de Thérapeutique Transfusionnelle*
- Jean-Yves Muller, *Société Française de Transfusion Sanguine d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle*
- Jean-Pierre Cartron, *Institut National de Transfusion Sanguine*
- Anne Sajjlo, *Centre de Transfusion Sanguine des Armées*
- Pierre Tiberghien, *Etablissement Français du Sang*

For more information visit the website: www.ihs-seminar.org

IHN Board

Erica Wood, *President*
Martin Schipperus, *Treasurer*
Paula Bolton-Maggs, *Secretary*
Peter Tomasulo, *Member*
Jo Wiersum, *Chair, ISBT Working Party on Haemovigilance*
Kevin Land, *Elected-Chair, ISBT Working Party on Haemovigilance*
Jean-Claude Faber, *Past-President*

Key Dates

- 1 October 2015: Registration and abstract submission website live
- 11 January 2016: Deadline abstract submission
- 3rd week of January 2016: Abstract notification information
- 5 February 2016: Deadline early registration fee

Seminar Secretariat

MCI Amsterdam, Jan van Goyenkade 11, 1076 HP Amsterdam, The Netherlands
Tel: +31 20 6793411 Fax: +31 20 6797808 E-mail: ins@mci-group.com