

MARSEILLE, le 21 janvier 2011

Service émetteur :

CELLULE RÉGIONALE D'HÉMOVIGILANCE

Affaire suivie par : Jean-Michel BUSSERON

☎ 04.13.55.80.59

☎ 04.13.55.80.96

courriel : jean-michel.busseron@ars.sante.fr

Le Coordonnateur Régional d'Hémovigilance

à

Madame, Monsieur le Directeur

A l'attention de Madame, Monsieur le Responsable
du Dépôt

Objet : ENQUÊTE ANNUELLE DÉPÔT PSL

PJ : Grille Enquête Dépôt 2010 (5 pages)

Madame, Monsieur le Responsable du Dépôt,

Comme chaque année à la demande de l'AFSSaPS, nous réalisons l'enquête relative aux dépôts de PSL pour l'activité 2010 dans les établissements de santé. L'AFSSaPS est tenue d'élaborer le rapport national d'Hémovigilance pour fin juin; elle nous a donc demandé de lui transmettre un premier rapport circonstancié, fin mars 2010, pour l'ensemble de la région PACA.

Aussi, nous vous prions de bien vouloir compléter et nous renvoyer le document d'enquête Dépôt **au plus tard le 1 mars 2011**, si possible par mail à l'adresse suivante : jean-michel.busseron@ars.sante.fr, par fax (04.13.55.80.96), ou par courrier.

Les établissements de santé des **départements 13 et 84** adresseront l'enquête à la cellule régionale localisée à Marseille.

D'autre part, une enquête Hémovigilance est également adressée aux correspondants d'Hémovigilance.

Nous savons pouvoir compter sur votre active collaboration, et nous vous en remercions très vivement.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur le responsable du dépôt, l'assurance de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Dr Jean-Patrice AULLEN
Coordonnateur régional d'Hémovigilance
ARS PACA – Site de Marseille

NB : Le rapport régional sur l'activité transfusionnelle 2009 figure sur le site internet de la CNCRH : <http://www.hemovigilance-cncrh.fr> > votre région > PACA.

ENQUÊTE DÉPÔT PSL 2010

Document rempli par :

Fonction :

DÉPÔT DE SANG

**Certaines données sont pré-remplies, cocher les cases à droite pour confirmer leur exactitude.
Si des données sont erronées, merci de les rectifier aux emplacements réservés à cet effet**

ÉTABLISSEMENT :

DÉPÔT		
TYPE DE DÉPÔT		<input type="checkbox"/>
LOCALISATION PRÉCISE		<input type="checkbox"/>
TÉLÉPHONE		<input type="checkbox"/>
FAX		<input type="checkbox"/>

AUTORISATION		
DATE SIGNATURE CONVENTION AVEC L'EFS-AM		
ARRÊTE PORTANT AUTORISATION		
CONVENTION DE REPRISE DES PSL AVEC L'EFS-AM	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, DATE DE SIGNATURE		
CONVENTION(S) DE CESSION EN URGENCE VITALE A D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, NOM DU (OU DES) ÉTABLISSEMENT(S)		Date(s) :
DATE DERNIER AUDIT EFS <i>(nous envoyer le dernier rapport)</i>		

RESPONSABLES		
RESPONSABLE DU DÉPÔT		<input type="checkbox"/>
TÉLÉPHONE		<input type="checkbox"/>
E-MAIL		<input type="checkbox"/>
SUPLÉANT DU RESPONSABLE DÉPÔT		<input type="checkbox"/>
TÉLÉPHONE		<input type="checkbox"/>
E-MAIL		<input type="checkbox"/>
RESPONSABLE FONCTIONNEMENT PARAMÉDICAL		<input type="checkbox"/>
TÉLÉPHONE		<input type="checkbox"/>
E-MAIL		<input type="checkbox"/>

MATÉRIEL

		Marque / Modèle	Date d'acquisition	Date dernière Qualification
CONSERVATEUR DE CGR	1			
	2			
CONSERVATEUR DE PLASMA	1			
	2			
DECONGELATEUR	1			
	2			
AGITATEUR DE PLAQUETTES				
ENCEINTE THERMOSTATEE				

En cas de panne, si les PSL sont mis dans un conservateur en dehors du dépôt (ex : laboratoire, pharmacie,...)

	Localisation	Date dernière Qualification
CONSERVATEUR DE CGR		
CONSERVATEUR DE PLASMA		
DECONGELATEUR		

FONCTIONNEMENT

TOUTES LES COMMANDES DE PSL PASSENT-ELLES PAR LE DÉPÔT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
TOUTES LES MISES EN RESERVE À L'EFS PASSENT-ELLES PAR LE DÉPÔT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

TRANSPORT DES PSL DE L'EFS AU DÉPÔT :		
MOYENS INTERNES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
PRESTATAIRE DE SERVICE SOUS CONTRAT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, NOM DU PRESTATAIRE		
TRANSPORTEUR OCCASIONNEL (HORS CONTRAT)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, NOM DU TRANSPORTEUR		

TOUS LES PSL SONT-ILS LIVRES AU DÉPÔT PAR L'EFS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, NOMBRE DE PSL LIVRES AU DÉPÔT		PSL
Si non, NOMBRE DE PSL LIVRES AU DÉPÔT		PSL
Si non, NOMBRE DE PSL LIVRES DIRECTEMENT AUX SERVICES		PSL

TRANSPORT DES PSL DU DÉPÔT AU SERVICE DE SOINS	
Si DÉPÔT DANS L'ÉTABLISSEMENT	A PIED <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> :
Si PLUSIEURS SITES DESSERVIS PAR 1 SEUL DÉPÔT	MOYEN INTERNE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> :

DÉCONGÉLATION DES PFC	EFS <input type="checkbox"/>	DÉPÔT <input type="checkbox"/>
DESTRUCTION DES PSL	EFS <input type="checkbox"/>	DÉPÔT <input type="checkbox"/>
ARCHIVAGE DES DOSSIERS TRANSFUSIONNELS AU DÉPÔT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ACTIVITÉS DU DÉPÔT

DÉPÔT DE DÉLIVRANCE

Dépôt de délivrance = PSL délivrés par le dépôt. Attribution en « routine » (hors stock d'urgence vitale)

HOMOLOGUES				AUTOLOGUES			TOTAL
CGR	PLASMA	PLAQUETTES	TOTAL HOMOLOGUES	CGR	PLASMA	TOTAL AUTOLOGUES	
ACTIVITÉ RELAIS							
ACTIVITÉ DE DÉLIVRANCE hors Urgence Vitale							
ACTIVITÉ DE DÉLIVRANCE en Urgence Vitale Immédiate							
Dans l'ES							
Dans ES sous convention							

TOTAL PSL QUI ONT TRANSITES PAR LE DÉPÔT EN 2010 =

PSL TRANSFUSES	PSL DÉTRUITS <i>sur place ou retournés à l'EFS du fait du dépôt</i>	PSL RETOURNES CONFORMES A L'EFS			PSL NON TRACES
		PSL Urgence Vitale	Hors Urgence Vitale	Total	

HOMOLOGUES							
CGR							
PLASMA							
PLAQUETTES							
AUTOLOGUES							
CGR							
PLASMA							
TOTAL PSL							

MOTIFS DE DESTRUCTION du fait du fonctionnement du dépôt	NOMBRE DE PSL
NOMBRE TOTAL DE PSL DETRUIITS	
PÉREMPTION DES PSL	
PANNE DE CONSERVATEUR	
AUTRE (précisez)	

INFORMATISATION

AVEZ-VOUS UN LOGICIEL TRANSFUSIONNEL	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

SI OUI :

NOM DU LOGICIEL		<input type="checkbox"/>
ÉDITEUR		<input type="checkbox"/>
VERSION DU LOGICIEL		<input type="checkbox"/>
DATE D'INSTALLATION		
ASSURE T-IL LA GESTION DU DÉPÔT ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ASSURE T-IL LA TRAÇABILITÉ ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ÉCHANGES DE DONNÉES AVEC L'EFS AU FORMAT PIVOT AFNOR (intégration via messagerie des données des PSL)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, LOGICIEL DE CRYPTAGE (ex : Antares)		

TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE DES RÉSULTATS D'IHR		
LIEN ERA		
ES > EFS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
EFS > ES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
LIEN H'PRIM		
LABM > ES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

SOUHAITEZ-VOUS MODIFIER VOTRE ÉQUIPEMENT ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, AVEZ-VOUS UN PROJET ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
LEQUEL ?		

 Commentaires :