



Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
Provence Alpes Côte d'Azur

Marseille, le mercredi 11 mars 2009

CELLULE RÉGIONALE D'HÉMOVIGILANCE

Le Coordonnateur Régional d'Hémovigilance

Suivi du dossier : BUSSERON Jean-Michel
☎ 04.91.29.93.00
✉ 04.91.29.99.23
jean-michel.busseron@sante.gouv.fr

à
Madame, Monsieur le Correspondant d'Hémovigilance

Copie à l'attention de Madame, Monsieur le Directeur

OBJET : ENQUÊTE ANNUELLE D'HÉMOVIGILANCE

PJ : Grille Enquête Hémovigilance 2008 (4 pages)

Madame, Monsieur le Correspondant d'Hémovigilance,

Comme chaque année, à la demande de l'AFSSaPS, nous réalisons l'enquête Hémovigilance pour l'activité 2008 auprès des établissements de santé de la région PACA. L'AFSSaPS est tenue d'élaborer le rapport national d'Hémovigilance pour fin juin. Celui-ci est soumis pour avis à la Commission nationale d'Hémovigilance, puis remis aux instances européennes. Nous devons donc transmettre à l'AFSSaPS un premier rapport circonstancié, fin mars 2009, pour l'ensemble de la région PACA.

Les données que vous nous adresserez seront saisies, analysées et synthétisées au niveau régional. Elles portent sur un total de plus de 150 établissements transfuseurs et 51 dépôts en 2008.

Aussi, nous vous prions de bien vouloir compléter les enquêtes et nous les renvoyer, **au plus tard le 2 mars 2008**, si possible par mail à l'adresse suivante : jean-michel.busseron@sante.gouv.fr ou par fax au : 04 91 29 99 23, ou par courrier (adresse ci-dessous).

Les établissements de santé des **départements 13 et 84** adresseront l'enquête à la cellule régionale localisée à Marseille, et ceux des départements 04, 05, 06 et 83 à la cellule régionale localisée à Nice. Une seule base de données regroupe l'ensemble des informations.

Une enquête « dépôt » est adressée aux responsables des dépôts de PSL, parallèlement à ce courrier.

Nous savons pouvoir compter sur votre active collaboration, et nous vous en remercions très vivement. Nous restons bien sûr à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur le correspondant d'Hémovigilance, l'assurance de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Dr Jean-Patrice AULLEN
Coordonnateur Régional d'Hémovigilance
DRASS PACA – Site de Marseille

NB : Le rapport régional sur l'activité transfusionnelle 2007 figure sur le site internet de la CNCRH : <http://www.hemovigilance-cncrh.fr> > votre région >PACA.

ENQUÊTE HEMOVIGILANCE 2008

Document rempli par :

Fonction :

ETABLISSEMENT :*Certaines données sont pré-remplies, merci de les rectifier si nécessaire.*

ÉTABLISSEMENT	
N°FINESS (Entité juridique)	
N°FINESS (Établissement ou site)	
ADRESSE	
NOM DU DIRECTEUR	
E-MAIL DE LA DIRECTION	
NOM DU PRÉSIDENT DE LA CME	

ACTIVITÉS / MOYENS			
URGENCES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Nombre de passages en 2008 :
SMUR	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
TRANSPORTS PRIMAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
TRANSPORTS SECONDAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
RÉANIMATION POLYVALENTE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
SOINS INTENSIFS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
SURVEILLANCE CONTINUE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
MATERNITÉ	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
HÉMATOLOGIE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
CANCÉROLOGIE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
CHIRURGIE HÉMORRAGIQUE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
DIALYSE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Nombre de séances en 2008 :

LITS/ PLACES/ SÉJOURS en 2008									
	MED	CHIR	OBST	SSR	SLD	MdRetr	PSY	AUTRES (REA,SI,SC)	TOTAUX
Totaux lits et places installés dans l'ES									
Nombre de séjours en hospitalisation complète									
Nombre de séjours en ambulatoire									

HEMOVIGILANCE ET SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

LE PERSONNEL	
CORRESPONDANT D'HEMOVIGILANCE	
PROFESSION	
SPÉCIALITÉ	
DATE DE NOMINATION	
TÉLÉPHONE	
FAX	
E-MAIL	
FORMATION	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Laquelle :
CORRESPONDANT SUPPLÉANT	

CADRE INFIRMIER HEMOVIGILANT	
SECRÉTAIRE HEMOVIGILANT	
TÉLÉPHONE SECRÉTARIAT HEMOVIGILANT	
E-MAIL SECRÉTARIAT HEMOVIGILANT	

FORMATION DU PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT/ ÉVALUATION / AUDIT	
FORMATION DU PERSONNEL EN 2008 à l'Hémovigilance et la sécurité transfusionnelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
CATÉGORIE DE PERSONNEL CONCERNÉE	MÉDICAL <input type="checkbox"/> PARAMÉDICAL <input type="checkbox"/>
TYPES DE FORMATION	
NOMBRE DE PERSONNES FORMÉES	
AUDITS DE PRATIQUES, EPP	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si oui, THÈMES DES AUDITS DE PRATIQUES	

COMITE DE SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET D'HEMOVIGILANCE (CSTH) ou SOUS-COMMISSION CHARGÉE DE LA SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET D'HEMOVIGILANCE (SCSTH)	
NOM PRÉSIDENT CSTH	Pr MARANINCHI
MAIL PRÉSIDENT CSTH	
RÉUNIONS DE CSTH EN 2008	NOMBRE : DATES :

DÉCLARATION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES en 2008	
NOMBRE D'EFFETS INDÉSIRABLES RECEVEURS	
NOMBRE D'EFFETS INDÉSIRABLES DONNEURS	
NOMBRE D'INCIDENTS GRAVES DE LA CHAÎNE TRANSFUSIONNELLE	
Avez-vous fait un rapport annuel sur la gestion des événements indésirables (EIR, EIGD, IGCT,...) qu'ils aient fait ou pas l'objet d'une déclaration AFSSAPS ?	EIR <input type="checkbox"/> EIGD <input type="checkbox"/> IGCT <input type="checkbox"/>

ACTIVITÉ TRANSFUSIONNELLE

Source des données : EFS ES

ACTIVITÉ 2008	MED	CHIR	OBST	SSR	SLD	MdRetr	PSY	AUTRES (REA,SI,SC)	TOTAUX
NOMBRE DE PATIENTS TRANSFUSÉS									
NOMBRE DE PSL TRANSFUSÉS									
LA RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ TRANSFUSIONNELLE EST-ELLE DISPONIBLE ? (par service, U.F ou toute autre organisation)								OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

ACTIVITÉ RELATIVE AUX PRODUITS					
ACTIVITÉ 2008 EN NOMBRE DE PSL	Nombre total des PSL <u>reçus</u> ** de l'EFS par l'ES (distribués ou délivrés)	Nombre total des PSL <u>transfusés</u>	Nombre total des PSL <u>détruits</u> sur place ou à l'EFS	Nombre total des PSL <u>retournés</u> <u>conformes</u> à l'EFS	Nombre total des PSL <u>non</u> <u>tracés</u>
TRANSFUSION HOMOLOGUE					
• CGR					
• PLAQUETTES*					
• PLASMAS					
TOTAL					
TRANSFUSION AUTOLOGUE					
• CGR					
• PLASMAS					
TOTAL					

* PLAQUETTES = total MCPS+CPA

** Nb total PSL : Nb PSL transfusés + Nb PSL détruits + Nb PSL retournés conformes + Nb PSL non tracés

TRAÇABILITÉ DANS L'ÉTABLISSEMENT		
TRAÇABILITÉ =	$\frac{\text{Nombre de PSL dont la FD est remplie et conservée dans le dossier transfusionnel}}{\text{Nombre de PSL délivrés par l'EFS ou le dépôt}} \times 100 =$	%

CIRCUIT PSL		
ENTREPOSAGE DES PSL DANS LES SERVICES DE LA RÉCEPTION JUSQU'À LA TRANSFUSION		
OÙ ?	SERVICES DE SOINS <input type="checkbox"/>	BLOC OPÉRATOIRE <input type="checkbox"/>
	AUTRE <input type="checkbox"/> :	
DANS QUOI ?	BOITE ISOTHERME <input type="checkbox"/>	FRIGO HORS DÉPÔT <input type="checkbox"/>
	AUTRE <input type="checkbox"/> :	
CONSERVEZ-VOUS DES PSL DANS LES SERVICES PLUS DE 6 HEURES ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
MISE EN RESERVE DES PSL A L'EFS	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
RETOUR DES PSL A L'EFS	POUR DESTRUCTION <input type="checkbox"/>	POUR REMISE EN STOCK <input type="checkbox"/>

TRANSPORT DEPUIS L'EFS JUSQU'À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTE		
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		

CONVENTION DE DEMANDE DE CESSION EN URGENCE VITALE

CONVENTION		
AVEZ-VOUS SIGNE UNE CONVENTION AVEC UN AUTRE ÉTABLISSEMENT POUR VOUS APPROVISIONNER EN U.V ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, AVEC QUEL(S) ÉTABLISSEMENT(S)		

INFORMATISATION DE LA TRANSFUSION SANGUINE

INFORMATISATION TRAÇABILITÉ PSL		
AVEZ-VOUS MODIFIÉ VOTRE INFORMATISATION en 2008 ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SI OUI :		
DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DOSSIER TRANSFUSIONNEL INFORMATISÉ	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
DOSSIER PATIENT ET DOSSIER TRANSFUSIONNEL CONNECTÉS INFORMATIQUEMENT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
LOGICIEL D'HEMOVIGILANCE		
ÉDITEUR		
VERSION DU LOGICIEL		
DATE D'INSTALLATION		
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"/>

ACCÈS E-FIT		
AVEZ-VOUS UNE CARTE CPS ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
ACCÉDEZ-VOUS DIRECTEMENT AUX FEIR SUR E-FIT ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SOUHAITEZ-VOUS ÊTRE ÉQUIPÉ ?	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 ?		

ALTERNATIVES A LA TRANSFUSION SANGUINE

ALTERNATIVES A LA TRANSFUSION		
PRESCRIPTION ÉRYTHROPOÏÉTINE DANS L'ÉTABLISSEMENT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, NOMBRE DE PATIENTS BÉNÉFICIAIRES		
UTILISATION RÉGULIÈRE DU FER INJECTABLE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
UTILISATION DE LA RÉCUPÉRATION PRÉ, PER ou POSTOPÉRATOIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Si oui, TYPES D'APPAREILLAGE		
Si oui, COMBIEN DE PROTOCOLES PAR APPAREILLAGE		

IMMUNO HÉMATOLOGIE

EXAMENS IHR DES PATIENTS HOSPITALISÉS		LABO interne	LABM externe *	EFS
BILAN PRÉ TRANSFUSIONNEL	EN ROUTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI EXPERTISE***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÉPREUVE DE COMPATIBILITÉ AU LABO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
* QUEL LABM EXTERNE RÉALISE L'IHR POUR L'ÉTABLISSEMENT ?				
SI IH PARTAGÉE (EFS / ES, LABM / EFS) DÉCRIRE LES MODALITÉS				

EXAMENS IH DES FEMMES ENCEINTES		LABO interne	LABM externe	EFS
SUIVI DE GROSSESSE	EN ROUTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI EXPERTISE***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BILAN PRÉ TRANSFU. PRÉ ACCOUCHEMENT	EN ROUTINE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI EXPERTISE***	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SI IH PARTAGÉE (EFS/ES, LABM/EFS) DÉCRIRE LES MODALITÉS				

*** Expertise = groupes ou phénotypes rares, interprétation de RAI difficile, ou RAI positive

Commentaires :