

Dépôt de Sang Pasteur 2  
Tél : 04 92 03 32 52



## DOSSIER TRANSFUSIONNEL SMUR

CE DOCUMENT EST A LAISSER DANS LE SERVICE QUI HOSPITALISE LE PATIENT POUR CLASSEMENT DANS SON DOSSIER TRANSFUSIONNEL HOSPITALIER

IDENTITE PATIENT  
(Ou étiquette si existante)

### L'équipage d'intervention rapporte au Dépôt de sang :

- la mallette,
- les 2 tubes IH prélevés avant le début de la transfusion
- les poches de CGR (utilisées ou non) avec le thermobouton sur la poche 2
- la boîte avec le flacon de PLYO (utilisé ou non) avec sa tubulure
- la ou les carte(s) de contrôle ultime
- les 3 fiches de délivrance : celle pour CGR 1, celle pour CGR 2, celle pour PLYO

L'ordonnance de prescription des PSL préparée par l'agent du dépôt de Sang, sera signée, a posteriori, au retour d'intervention.

Equipe Dépôt de Sang : Dossier à placer dans le sac plastique avec le PLYO au conservateur

## FICHE TRANSFUSIONNELLE :

**Attention, en SMUR :**

Débrancher la poche systématiquement avec la technique du double nœud (cf page 4)

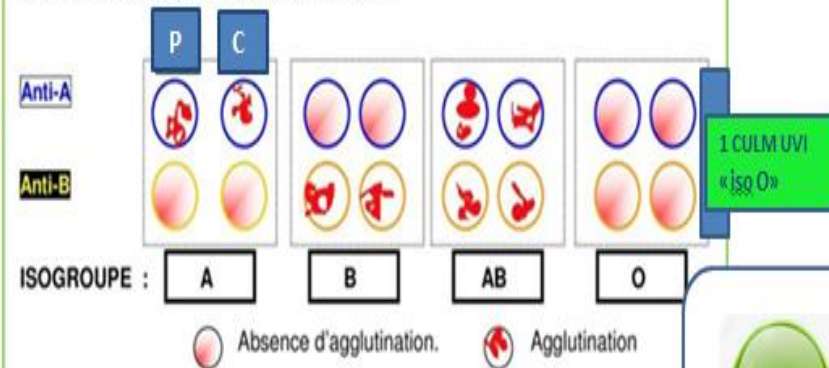
**CONSERVATION CARTE CONTRÔLE ULTIME –CULM- (uniquement pour les CGR) 4H APRES LA FIN DE LA TRANSFUSION**

PRODUITS		TRANSFUSION PSL : CGR 1 et 2 ; PLYO									
NATURE DU PRODUIT (Cf. abréviations)	NUMERO DE POCHE (utiliser le N° collé sur la poche)	TEST COMPATIBILITE ABO VALIDE (CGR)		DATE ET HEURE DE LA TRANSFUSION	NOM ET SIGNATURE DE L'IDE AYANT REALISE LA TRANSFUSION	NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR	SURVEILLANCE				EFFETS INDESIRABLES RECEVEURS
							Paramètres cliniques	Avant	15'	2 H (après la transfusion)	
<b>PLYO</b> en 1 <sup>er</sup> si possible pendant réalisation CULM sur CGR 1		AUCUN					PA : Pouls : Temp. : Saturation :				
<b>CGR 1</b>		Oui <input type="checkbox"/>  Non <input type="checkbox"/>					PA : Pouls : Temp. : Saturation :				
<b>CGR 2</b>		Oui <input type="checkbox"/>  Non <input type="checkbox"/>					PA : Pouls : Temp. : Saturation :				
PRODUITS		AUTO TRANSFUSION : SANG TOTAL DU PATIENT									
Origine et quantité du Sang Total récupéré et re-transfusé au patient		DATE ET HEURE DE LA TRANSFUSION + Quantité	NOM ET SIGNATURE DE L'IDE AYANT REALISE L'AUTO-TRANSFUSION (avec tubulure à filtre)	NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN PRESCRIPTEUR	SURVEILLANCE				EFFETS INDESIRABLES RECEVEURS		
					Paramètres cliniques	Avant	15'	2 H (après la transfusion)			
<input type="checkbox"/> hémothorax <input type="checkbox"/> autre : .....					PA :						
Numéro de lot : Bol : Cartable :					Pouls :						Temp. :

# CARTE de CONTRÔLE ULTIME OBLIGATOIRE AVANT TOUTE TRANSFUSION de CGR :

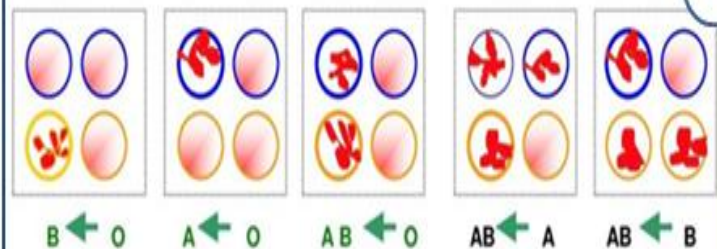
16 situations possibles : 9 OK ★ 7 STOP

## Les 4 cas de CGR ABO ISOGROUPE :



OK

## Les 5 cas de CGR ABO non isogroupe mais COMPATIBLE :



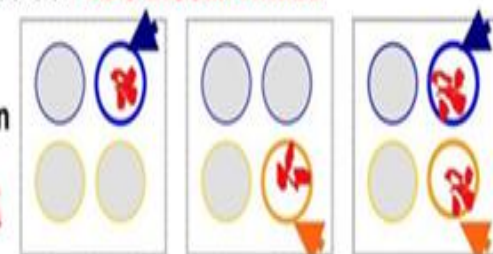
3 CULM UVI « non iso O »

STOP

si présence d'Ag A  
et/ou Ag B sur le  
CGR mais  
pas chez le patient

## Les 7 cas de CGR ABO INCOMPATIBLE

donc de  
transfusion  
**NON  
POSSIBLE**



Patient O  
CGR A

Patient O  
CGR B

Patient O  
CGR AB

Patient B  
CGR A

Patient B  
CGR AB

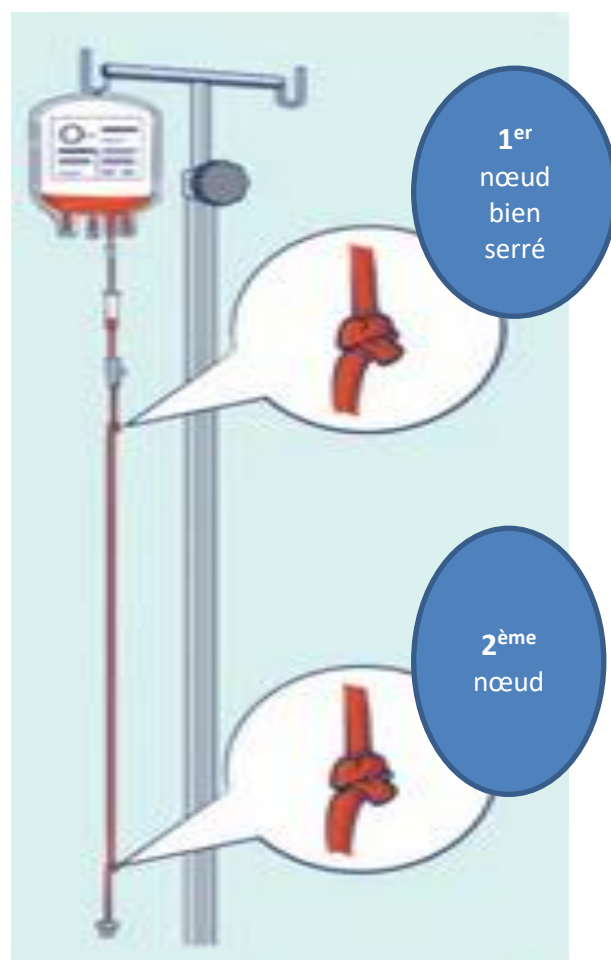
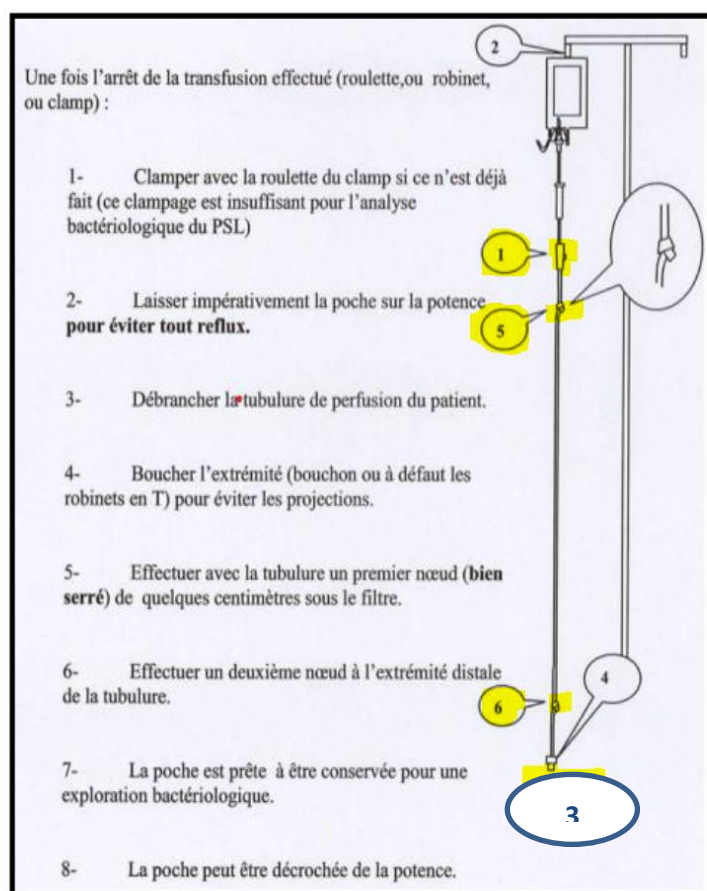
Patient A  
CGR B

Patient A  
CGR AB

## CAT DEVANT UN EFFET INDESIRABLE RECEVEUR

1. **Arrêter** la transfusion
2. **Garder** la voie veineuse avec un soluté isotonique de NaCl
3. **Alerter** le médecin prescripteur ou de garde
4. **Surveiller** le pouls, la tension artérielle, la température, la saturation et la diurèse
5. **Débrancher** la poche en utilisant la technique des 2 nœuds (Cf. Schéma)

### DEBRANCHEMENT DE LA POCHE



6. **Prélever** pour l'enquête transfusionnelle :
  - Un bilan à **adresser à l'EFS** :
    - Pour les CGR : 2 tubes EDTA violet
    - La ou les poche(s) de PSL + Fiche Evènement Indésirable Receveur
  - Un bilan bactériologique à **adresser au laboratoire de bactériologie du CHU**
    - 2 hémocultures prélevées à 1 heure d'intervalle.
7. **Prévenir** l'EFS (☎ : 04.92.27.52.47) et le dépôt de sang
8. **Compléter** la Fiche d'Effet Indésirable Receveur sur ENNOV
9. **Noter** l'incident dans le dossier transfusionnel du patient