|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FICHE TECHNIQUE :****CONTRÔLE ULTIME BIOLOGIQUE DE COMPATIBILITÉ POUR LES CGR (AB TEST CARD)** | CELLULE HÉMOVIGILANCE |
| Date de rédaction : 09/05/17 |
| Date de validation : |
| Version : n°2017.1 |
|  | **DOCUMENTS ASSOCIÉS** |
| Réalisation du contrôle ultime de compatibilité au lit du patientSe rendre auprès du patient et l’informer de la pose de la transfusionVérifier l’identité du patient :* En lui faisant décliner noms de naissance +/- marital, prénom et date de naissance
* Et/ou en vérifiant les informations sur le bracelet d’identification du patient

Vérifier la concordance de l’identité du patient avec :* La prescription médicale
* Le bordereau de délivrance
* La carte de groupe
* Les résultats des RAI

Vérifier que le produit soit bien celui correspondant aux documents :* Concordance de groupe sanguin entre le CGR, la carte de groupe et le bordereau de délivrance (type de PSL, numéro d’identification, groupage, qualifications)
* Concordance du n° CGR entre le CGR et le bordereau de délivrance

Vérifier la date de péremption du CGR et celle de la carte de contrôle ultime de compatibilitéInscrire sur la carte :* Noms naissance +/- marital, prénom et date de naissance du patient (ou coller une étiquette)
* Numéro du culot globulaire (ou coller une étiquette du CGR)
* Date et heure de la réalisation du test
* Nom et signature de l’IDE qui effectue le test

Effectuer le test de contrôle ultime de compatibilité**Hydratation**Mettre solution de lavage dans chaque puits jusqu’à ce que le bleu et le jaune virent au vert Tester le sang du culotTester le sang du patientRéhydrater les zones réactives, homogénéiser la tubulure et déposer une goutte de sang sur les zones réactives Anti-A et anti-B correspondantesTester le sang du patient * Piquer le patient et poser son doigt contre les zones réactives Anti-A et anti-B correspondantes

 ➀ ➁ | - CGR- Carte de contrôle de compatibilité- Prescription médicale- Bordereau de délivrance- Carte de groupe- Résultats RAI- CGR- Bordereau de délivrance- Carte de groupe- CGR- Carte de contrôle de compatibilité |
|  | **DOCUMENTS ASSOCIÉS** |
| ➁➀ **Attendre l’absorption complète** **du sang.****Puis remplir totalement les puits avec la** **solution de lavage**Noter les réactions obtenues à la fin du test :**Rouge : Positif****Vert : Négatif**Il existe un **DOUTE** sur l’interprétation des résultats ?OUINONNoter les résultats des réactions obtenuesRefaire le test. Le **DOUTE** persiste ?Validation du résultat avec indication du Nom de l’IDE, date, heure et signatureNONOUIPose immédiate de la transfusionS’abstenir et prévenir le médecinAvertir EFS | - Carte de contrôle de compatibilité- Check-list- Carte de contrôle de compatibilité- Bordereau de délivrance |