

Cas clinique d'erreur de prélèvement

Conséquences d'un défaut
d'étiquetage des tubes au service
d'accueil des urgences de
Charleville-Mézières



Unité d'hémovigilance Centre Hospitalier de Charleville-Mézières
Vème Journée Inter-Régionale d'Hémovigilance Nord de France

Présentation des évènements



- Enquête réalisée suite à la découverte d'une discordance entre G1 et G2 chez **Mr B** le 2 janvier 2013 (Signalement par l'EFS)
- G1 réalisé au SAU le 25 décembre 2012
 - ✓ G1 : A+
- G2 réalisé le 2 janvier 2013 en service de médecine infectieuse
 - ✓ G2 : O+
- L'EFS confirme le groupe du patient = O+ sur un deuxième prélèvement

Chronologie des événements



- 9h12
- ✓ **Mr B** est hospitalisé au SAU pour anémie sur cirrhose connue.
- ✓ **G1 et une RAI** sont prélevées sur prescription médicale mais non étiquetées ni envoyées à l'EFS.
- ✓ La fiche de demande d'examens IH n'est pas remplie

Chronologie des événements



- 11h28
 - ✓ Mr D arrive en box de déchoquage pris en charge par même binôme IDE/AS.
 - ✓ Aucune orientation d'emblée sur l' étiologie du choc.
 - ✓ Prélèvement par anticipation de G1 et RAI dans l' éventualité d'un problème hémorragique (habitude de service).
 - ✓ Ce bilan n'est pas envoyé car finalement jugé inutile par le médecin qui s'oriente vers une origine septique.

Chronologie des évènements



- 15h
- ✓ **Me B** arrive dans le service qui est saturé.
- ✓ La patiente nécessite d'être transférée immédiatement en box de déchoquage.
- ✓ Par conséquent on accélère le transfert de **Mr B** en médecine interne pour libérer une chambre qui sera mise à disposition de **Mr D** , laquelle libérera le box pour **Me B**.

Chronologie des évènements



- Au moment du transfert...
- ✓ L'IDE s'aperçoit que le groupe 1 + RAI de **Mr B** n'a pas été envoyé.
- ✓ La chambre est déjà occupée par **Mr D**.
- ✓ Les tubes restés sur la paillasse sont envoyés à l'EFS mais il s'agit en fait de ceux qui accompagnent **Mr D**.

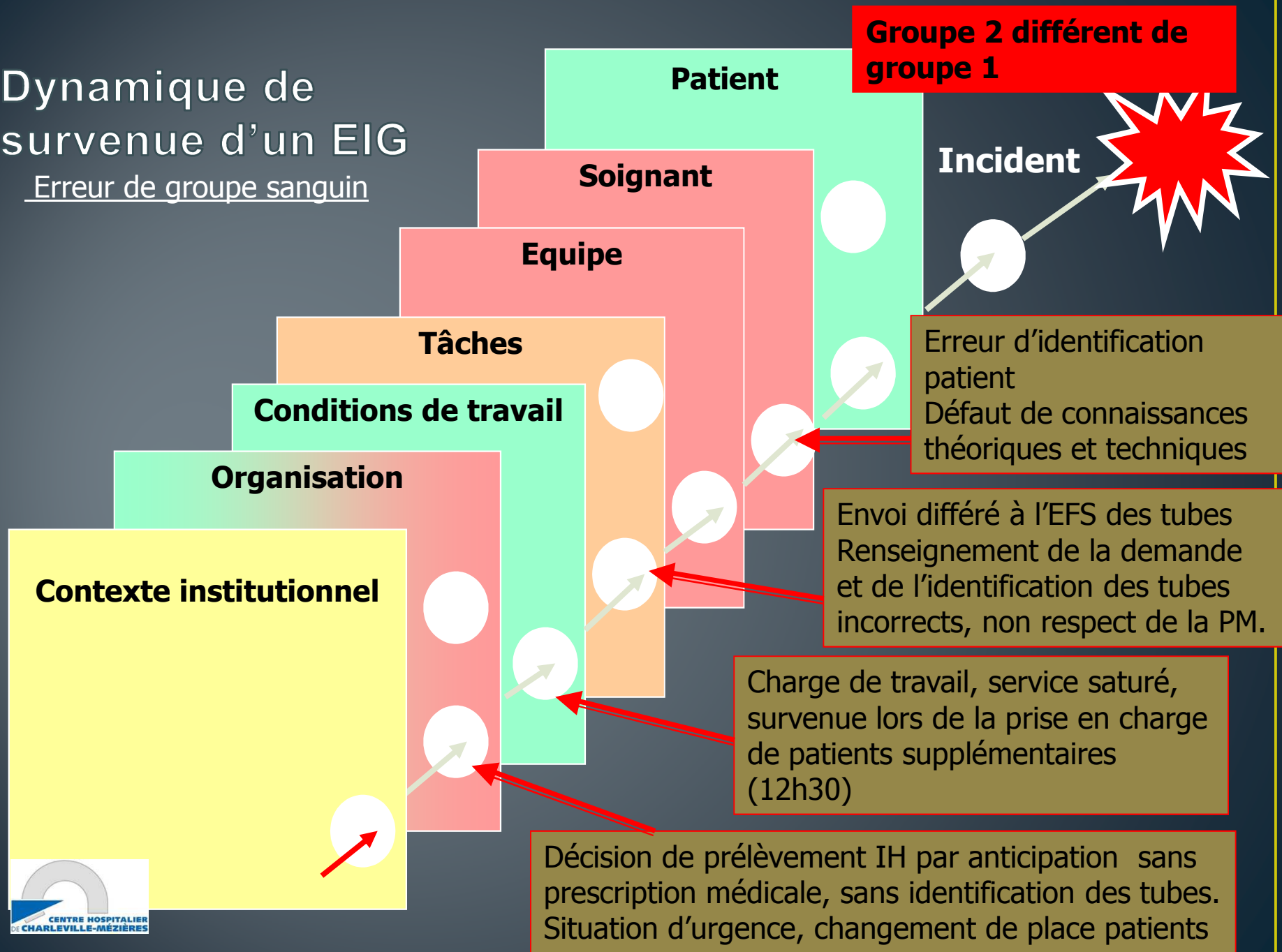
Analyse des causes : l'enquête cause/racine



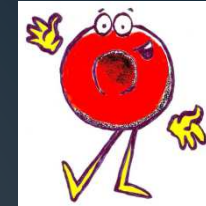
- Réunion de synthèse avec membres de l'équipe d'HMV, cadre du service concerné et IDE impliqué.
- Récupération des bons de prescription des examens IH.
- Récupération des dossiers médicaux des patients concernés.
- Listing des patients susceptibles d'avoir eu des examens IH le jour de l'incident.
- Elaboration d'un planning de réunion bihebdomadaire pour faciliter les échanges d'informations.
- Information des chefs de service et du pôle concerné.
- Pour info, dernier incident du même type il y a 5 ans...

Dynamique de survenue d'un EIG

Erreur de groupe sanguin



Mesures correctrices



- **Au niveau institutionnel**
 - ✓ Réactivation des procédures et règles fondamentales en matière transfusionnelle avec plan de formation renforcé pour les nouveaux arrivants (mise à jour de problème de mise à disposition des agents pour participation aux formations proposées par l'HMV).
 - ✓ formation hebdomadaire: les lundis de l'hémovigilance », formation CULM.
 - ✓ formation semestrielle à l'utilisation de l'outil informatique

Mesures correctrices



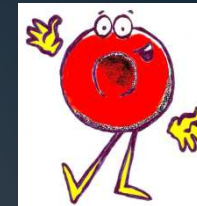
- **Organisation**

- ✓ Garantir la réalisation de G1 & G2 par 2 préleveurs différents.

Le respect de cette procédure a permis d'éviter le pire dans le cas présent.

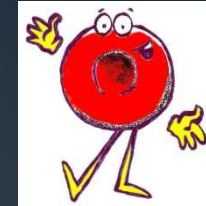
- ✓ Priorité donnée à l'identitovigilance et à la sécurité transfusionnelle quels que soient les services.

Mesures correctrices



- **Environnement**
 - ✓ Rappel au sein du service de la nécessaire rigueur à la remise en état des Boxes avant accueil du patient suivant.
 - ✓ Sécuriser le transfert des patients.
 - ✓ Eliminer confusion entre éléments du dossier médical.

Mesures correctrices



- **Taches**

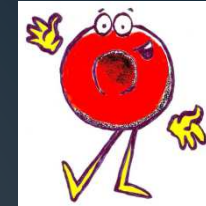
- ✓ Respect des prescriptions médicales.
- ✓ Protocoles pour encadrer l'anticipation nécessaire des prélèvements sanguins et notamment IH des patients en situation de détresse vitale.
- ✓ Justification médicale des actes.

Mesures correctrices



- **Equipe**
 - ✓ Formation continue des équipes.
 - ✓ Sensibilisation sur le respect des bonnes pratiques.
 - ✓ Eviter l'adoption progressive de procédures dégradées.
 - ✓ Cohésion & consensus des équipes sur les bonnes pratiques.

Mesures correctrices



- **Individu**
 - ✓ Bonnes pratiques transfusionnelles.
 - ✓ Respect des procédures en vigueur.
 - ✓ Identitovigilance +++
 - ✓ Sécurité des patients et des soignants.

Bilan et discussion

