

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

## PERSONNELS

## Responsable du dépôt

Responsable du dépôt					
			<i>Médecin</i>	<i>DUTS</i>	
			<i>Pharmacien</i>	<i>Capacité</i>	
				<i>D3Ti</i>	
				<i>Module 55 EFS AM</i>	
				<i>Autre à préciser</i>	
	<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Qualité</b>	<b>Formation spécifique</b>	<b>Date (année) formation</b>
Responsable					
Suppléant					

## Personnel habilité

Personnel habilité					
			<i>Médecin</i>	<i>Module 12 EFS AM</i>	
			<i>IDE</i>	<i>Module 31 EFS AM</i>	
			<i>Sage-femme</i>	<i>Formation interne (pour DR et DU)</i>	
			<i>Technicien de labo</i>	<i>Autre à préciser</i>	
			<i>Titulaire licence de biologie</i>		
<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Qualité</b>	<b>Formation spécifique</b>	<b>Date (année) formation</b>	<b>date dernière évaluation / habilitation</b>

Qualifications et formations requises selon le type de dépôt

Projet de formation 2010 - 2011

<b>MATÉRIEL</b>
-----------------

		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		

<b>FONCTIONNEMENT</b>
-----------------------

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	
<b>ACTIVITÉ RELAIS</b>							
<b>ACTIVITÉ DE DÉLIVRANCE hors Urgence Vitale</b>							
<b>ACTIVITÉ DE DÉLIVRANCE en Urgence Vitale Immédiate</b>							
<b>Dans l'ES</b>							
<b>Dans ES sous convention</b>							

## 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							
<b>TOTAL PSL</b>							

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)	

<b>INFORMATISATION</b>
------------------------

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

SI OUI :

<b>NOM DU LOGICIEL</b>		<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"/>

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

<b>TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE DES RÉSULTATS D'IHR</b>		
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"/>

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

---

 Commentaires :