



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 Responsable du Dépôt

Copie à l'attention de Madame, Monsieur le Directeur

OBJET : ENQUÊTE ANNUELLE DÉPÔT PSL

PJ : Grille Enquête Dépôt 2008 (4 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 2008 dans les établissements de santé. 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. 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 et nous renvoyer le document d'enquête Dépôt 2008, **avant le 2 mars 2009**, 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.

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
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 DÉPÔT PSL 2008

Document rempli par :

Fonction :

DÉPÔT DE SANG

Certaines données sont pré-renseignées, merci de les rectifier si nécessaire.

ETABLISSEMENT :

DÉPÔT	
TYPE DE DÉPÔT	
LOCALISATION PRÉCISE	
TÉLÉPHONE	
FAX	

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	2/4/1997	
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) :

PERSONNEL	
RESPONSABLE DU DÉPÔT	
PROFESSION	
SPÉCIALITÉ	
FORMATION SPÉCIFIQUE	EFS AM : MODULE 12 <input type="checkbox"/> MODULE 31 <input type="checkbox"/> MODULE 55 <input type="checkbox"/> DUTS <input type="checkbox"/> CAPACITÉ <input type="checkbox"/> DIU3T <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="checkbox"/> :
TÉLÉPHONE DU RESPONSABLE	
E-MAIL	
REPLAÇANT DU RESPONSABLE DÉPÔT	
FORMATION DU REPLAÇANT	EFS AM : MODULE 12 <input type="checkbox"/> MODULE 31 <input type="checkbox"/> MODULE 55 <input type="checkbox"/> DUTS <input type="checkbox"/> CAPACITÉ <input type="checkbox"/> DIU3T <input type="checkbox"/> AUTRES <input type="checkbox"/> :
FORMATION DU PERSONNEL DU DÉPÔT	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
TYPES DE FORMATION	FORMATION EFS <input type="checkbox"/> FORMATION INTERNE <input type="checkbox"/>
NOMBRE DE PERSONNES FORMÉES	
NOMBRE TOTAL DE PERSONNES TRAVAILLANT AU DÉPÔT (en plus du responsable et du suppléant)	

MATÉRIEL				
CONSERVATEUR DE CGR	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	QUALIFIES <input type="checkbox"/>	Nombre :
CONSERVATEUR DE PLASMA	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	QUALIFIES <input type="checkbox"/>	Nombre :
DÉCONGÉLATEUR	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	QUALIFIES <input type="checkbox"/>	Nombre :
AGITATEUR DE PLAQUETTES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	QUALIFIES <input type="checkbox"/>	Nombre :

FONCTIONNEMENT		
TOUTES LES COMMANDES DE PSL 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		
Si oui, NOMBRE DE PSL LIVRES AU DÉPÔT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
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"/> :
RÉATTRIBUTION AU SEIN DE L'ÉTABLISSEMENT PAR LE DÉPÔT	OUI <input type="checkbox"/>	NON <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"/>
INFORMATISATION		
AVEZ-VOUS UN LOGICIEL TRANSFUSIONNEL	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SI OUI :		
NOM DU LOGICIEL		
ÉDITEUR		
VERSION DU LOGICIEL		
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"/>
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"/>
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 ?		

Commentaires :

ACTIVITÉS DU DÉPÔT

DÉPÔT RELAIS							
<i>Dépôt Relais = PSL délivrés nominativement par l'EFS et « transférés » dans les unités de soins par le dépôt</i>							
HOMOLOGUES				AUTOLOGUES			TOTAL
CGR	PLASMA	PLAQUETTES	TOTAL HOMOLOGUES	CGR	PLASMA	TOTAL AUTOLOGUES	

TOTAL PSL QUI ONT TRANSITES PAR LE DÉPÔT EN 2008 =

(Nb total PSL : Nb PSL transfusés + Nb PSL détruits + Nb PSL retournés conformes + Nb PSL non tracés)

	PSL TRANSFUSES	PSL DÉTRUITS <i>sur place ou retournés à l'EFS</i>	PSL RETOURNÉS CONFORMES A L'EFS	PSL NON TRACES
HOMOLOGUES				
CGR				
PLASMA				
PLAQUETTES				
AUTOLOGUES				
CGR				
PLASMA				
TOTAL PSL				

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**			
SI IH PARTAGÉE (EFS/ES, LABM/EFS) DÉCRIRE LES MODALITÉS				

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