

BON de DEMANDE d'ANALYSES suite à un EFFET INDESIRABLE RECEVEUR (EIR)
Etablissements de Soins Département de la Savoie, Belley et Pont de Beauvoisin - Version Octobre 2013 -

Adresser, au Site de Distribution de l'EFS ce bon de demande d'analyses dûment rempli avec :

Zone remplie par l'EFS Site de distribution
 EFS Site de Distribution de CHAMBERY

- les **PSL** en cause – si suspicion de contamination bactérienne : voir §4/ ci-dessous
- les **échantillons sanguins** pour bilan biologique

IDENTITE du PATIENT transfusé (coller une étiquette)

NOM D'USAGE : _____ PRENOM : _____

NOM de NAISSANCE : _____

DATE de NAISSANCE : _____ SEXE : _____

ETABLISSEMENT de SOINS expéditeur

NOM : _____

SERVICE : _____

ADRESSE : _____

NOM et TELEPHONE du MEDECIN : _____

IDENTITE PRELEVEUR : _____ DATE : _____

SIGNATURE : _____

Date et heure du début de la transfusion :

Date et heure du début des signes cliniques ou de l'incident :

NOM de la PERSONNE NOTIFIANT l'incident :

Qualité : Infirmière Médecin Autre :

Contexte ou indication de la transfusion :

1/ PRODUITS CONCERNES : **N° des poches (11 chiffres) :**

Concentré de Globules Rouges **CGR** - - - - -

Concentré de Plaquettes **MCP/CPA** - - - - -

Plasma Frais Congelé **PFC** - - - - -

Nombre de PSL transfusés impliqués - - - - -

2/ MANIFESTATIONS CLINIQUES : cocher les symptômes observés

<input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Angoisse <input type="checkbox"/> Choc <input type="checkbox"/> Nausées ou vomissements <input type="checkbox"/> Hypertension (augm. de 30 mm Hg ou plus) <input type="checkbox"/> Tachycardie ≥ 120/mn ou augm. FC ≥ 40/mn <input type="checkbox"/> Bradycardie <input type="checkbox"/> Oligo-anurie <input type="checkbox"/> Syndrome hémorragique <input type="checkbox"/> Eruption cutanée <input type="checkbox"/> Ictère <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ Traitement en cours (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> Fièvre ≥ 39°C ou ascension > 2°C de temp. de base <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Hypotension (baisse de 30 mm Hg ou plus) <input type="checkbox"/> Oedème Aigü du Poumon : <input type="checkbox"/> dyspnée <input type="checkbox"/> tachypnée <input type="checkbox"/> cyanose <input type="checkbox"/> toux <input type="checkbox"/> expectoration mousseuse <input type="checkbox"/> SpO2 <90% en air ambiant Autres signes : <input type="checkbox"/> radiologiques : infiltrats pulmonaires bilatéraux <input type="checkbox"/> neutropénie [] : l'installation rapidement progressive de ces signes dans les 6h après la fin de la transfusion peut évoquer une suspicion d' oedème pulmonaire non hémodynamique (lésionnel) ou TRALI (Transfusion Related Acute Lung Injury)
---	--

3/ Demande D'ANALYSES IMMUNO HEMATOLOGIQUES : OUI NON

Prélever : UN tube SEC + DEUX tubes EDTA et les adresser avec le tube prétransfusionnel (si possible) à l'EFS

4/ Incident transfusionnel susceptible d'être dû à une CONTAMINATION BACTERIENNE : OUI NON

Si oui :

- arrêter la transfusion et conserver la voie veineuse à l'aide d'un soluté et d'une nouvelle tubulure
- prélever au patient UN tube SEC et UN tube EDTA (et joindre le tube pré-transfusionnel) à adresser à l'EFS
- pratiquer 2 hémocultures du patient à 1 heure d'intervalle (labo interne habituel)
- transférer la(les) poche(s) transfusée(s), munies de la tubulure de transfusion hermétiquement clampée (*1^{er} nœud sous le filtre, 2^{ème} nœud à l'extrémité distale de la tubulure*), au **Laboratoire de Microbiologie du Centre Hospitalier de Chambéry, accompagnée de ce bon.**

Si le transfert est différé, conserver la poche clampée à + 4°C clampée

- **Mise en culture de la ou des poches concernées :** Faire un double de ce bon si bactériologie demandée (un pour EFS, un pour le laboratoire de bactériologie)
- **Informez sans délai l'EFS de l'incident**

Demande de BACTERIOLOGIE (Mise en culture des poches) :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
l'EFS transmet la demande à un laboratoire agréé conformément à la circulaire DGS/DHOS/AFSSaPS n° 581 du 15 décembre 2003	Médecin prescripteur NOM : _____ Signature : _____

5/ Signes compatibles avec un TRALI : OUI NON

Si oui : prélever chez le patient 1 tube EDTA (10ml) + 1 tube sec (10ml) + 1 tube Citraté (10ml) + contacter immédiatement site EFS

Tubes à adresser à l'EFS

En plus tube pour : NT, proBNP (EDTA) ; cf. labo de biochimie et NES (EDTA)

6/ Manifestations ALLERGIQUES graves : OUI NON

Délais des prélèvements	< 30 min	30 min à 2 h	> 24 h
Type de dosage	Histamine	Tryptase	Tryptase (taux de base)
Type de tube	EDTA	EDTA ou sec	EDTA ou sec

Tubes à adresser au site EFS - Retour à l'EFS de la poche de plasma impliquée pour congélation

Préférence > 24 h
Dosage Ig A (Recherche Anti Ig A si déficit)
Sec
A adresser au labo