

BON de DEMANDE d'ANALYSES suite à un EFFET INDESIRABLE RECEVEUR (EIR) après transfusion de Produit Sanguin Labile

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

Zone remplie par l'EFS Site de distribution

EFS Site de Distribution de

- les **poches** de produits sanguins en cause
- les **échantillons sanguins** pour bilan biologique

IDENTITE du PATIENT transfusé (coller une étiquette)

NOM DE FAMILLE (NJF) PRENOM

NOM D'USAGE OU MARITAL

DATE NAISSANCE : SEXE

ETABLISSEMENT de SOINS expéditeur

NOM

SERVICE

ADRESSE

NOM et TELEPHONE du MEDECIN

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 concernés :

- Concentré de Globules Rouges **CGR**
- Concentré de Plaquettes **MCP/CPA**
- Plasma Frais Congelé **PFC**
- Nombre de PSL transfusés impliqués

N° des poches (11 chiffres) :

- - - - -
- - - - -
- - - - -

2/ MANIFESTATIONS CLINIQUES :

cocher les symptômes observés

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <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) : | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fièvre $\geq 39^\circ\text{C}$ ou ascension $> 2^\circ\text{C}$ de temp. de base <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Hypotension (baisse de 30 mm Hg ou plus) <input type="checkbox"/> Oedème Aigu du Poumon : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dyspnée \square tachypnée \square cyanose \square toux <input type="checkbox"/> expectoration mousseuse <input type="checkbox"/> SpO₂ $< 90\%$ en air ambiant Autres signes : <ul style="list-style-type: none"> <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 Hémato :

OUI NON

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

4/ Incident transfusionnel susceptible d'être dû à une contamination bactérienne :

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), munie de la tubulure de transfusion hermétiquement clampée (1^{er} nœud sous le filtre, 2^{ème} nœud à l'extrémité distale de la tubulure), au Site de distribution de l'EFS, accompagné de ce document servant de demande d'examen. Si le transfert est différé, conserver la poche à $+ 4^\circ\text{C}$ 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 l'EFS de l'incident**

Demande de BACTERIOLOGIE

(Mise en culture des poches) :

OUI NON

Médecin prescripteur

NOM :

Signature :

l'EFS transmet la demande à un laboratoire agréé conformément à la circulaire DGS/DHOS/AFSSaPS n°581 du 15 décembre 2003

5/ Signes compatibles avec un TRALI :

OUI NON Si oui : contacter immédiatement site EFS

2 tubes sec (6 ml) pour anti-HLA à adresser à l'EFS
2 tubes sec de 7 ml et un tube EDTA de 7 ml (anti-granuleux) à envoyer (dans les 24 heures à Température ambiante) au CHU de Nantes :
Hôtel-Dieu 9, quai Moncouso 44093 Nantes Cedex 1
En plus réaliser des prélèvements pour 1) NT-pro BNP (tube EDTA) à adresser au laboratoire de biochimie et 2) NFS (tube EDTA).

6/ Manifestations allergiques graves :

OUI NON

| Délais des prélèvements | < 30 min | 30 min à 2 h | > 24 h | Préférence > 24h |
|-------------------------|-----------|--------------|-------------------------|--|
| Type de dosage | Histamine | Tryptase | Tryptase (taux de base) | Dosage IgA (recherche anti IgA si déficit) |
| Type de tube | EDTA | EDTA ou sec | EDTA ou sec | sec |

Tubes à adresser au laboratoire d'immunologie CHU. Retour à l'EFS de la poche de plasma impliquée (si IA : congélation). En cas de grade ≥ 2 : Adresser le patient à une consultation spécialisée d'allergologie (4 à 6 semaines après l'incident) après contact avec l'EFS.