



Réponses

Sur-transfusion ou sûre transfusion ?



Un patient présente une anémie chronique bien tolérée avec Hb à 6,1 g/dL. Quelle est la conduite recommandée ?

- A. Transfuser 3 CGR pour atteindre un taux d'Hb de 10g/dL
- B. Prescrire 2 CGR d'emblée
- C. Transfuser 1 CGR puis réévaluer cliniquement et biologiquement
- D. Attendre que l'Hb soit < 5 g/dL

Concernant la prescription des CGR, quelle affirmation est correcte ?

- A. La prescription repose sur la clinique et privilégie l'unitaire
- B. La prescription ne se conçoit qu'en fonction du taux d'Hb
- C. Il est recommandé de prescrire 2 CGR d'emblée chez tout patient anémique avec une Hb < 7 g/dL
- D. La prescription peut être faite par téléphone sans examen clinique

Quelle mesure contribue à réduire le risque d'OAP de surcharge transfusionnelle (TACO) ?

- A. Transfuser les CGR le plus rapidement possible
- B. Transfuser lentement et réévaluer entre chaque unité le cas échéant
- C. Transfuser la nuit
- D. Administrer systématiquement un antihypertenseur

La transfusion s'est terminée à 22h. Quelle bonne pratique aurait pu réduire le risque de complication ?

- A. Accélérer le débit pour le second CGR
- B. Réévaluer le patient après la première unité
- C. Administrer un antihistaminique
- D. Prescrire des diurétiques avant de débiter la transfusion

Quel message principal retenez-vous de ce cas clinique ?

- A. Toute anémie doit être transfusée et hospitalisée
- B. Les complications surviennent uniquement pendant la transfusion
- C. La transfusion est un acte sans risque
- D. La prescription d'une transfusion doit être individualisée et réévaluée

1. prescription unitaire
2. réévaluation clinique
3. surveillance attentive avant et après transfusion

