

**FICHE DE TRANSFERT D’UN PATIENT AVEC PSL par équipe SMUR**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ES de départ :** | **Service de départ :** | |  | **Equipe SMUR :** | |  | **ES d’arrivée :** | |
| **Identité patient ou Etiquette patient :**  Nom de naissance …………………………….…  Prénom(s)………………………………………………  Date de naissance …… /…….…/……………  Sexe □ F □ M  INS …………………………………………………….… | **Personnel remettant les PSL :** | |  | **Personnel en charge des PSL :** | |  | **Service d’arrivée :** | |
|  |  | **Personnel réceptionnant les PSL :** | |
|  | **Heure départ :** | \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_ |  |
| **Heure délivrance PSL (H0) :** | \_\_\_h\_\_\_ |  | **Heure arrivée :** | \_\_\_\_\_h\_\_\_\_\_ |  | **Heure réception PSL :** | \_\_\_\_h\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Réservé : Service de départ** | | | | | | | | |  | **Réservé : Equipe SMUR** | | |  | **Réservé : Service d’arrivée** | | |
|  |  |  |  | | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| Check-list documents remis  (**copies**) pour le transfert | | Liste des PSL transférés  avec le patient | | | | | À transfuser avant  **H0 + 6H** | |  | Transfusion réalisée ?  **même partielle** | Commentaires,  motif de  non-transfusion | |  | Transfusion réalisée ?  **même partielle** | Commentaires,  motif de  non-transfusion | |
| Prescription PSL  Fiche de délivrance | |  | | --- | | **IMPERATIF** | | □  □ | | *Etiquette PSL* | | | | | avant  \_\_h\_\_  **sinon PSL détruit** | |  | |  |  | | --- | --- | | OUI | NON | | □ | □ | |  | |  | |  |  | | --- | --- | | OUI | NON | | □ | □ | |  | |
| CGR □ | | Plasma □ | Plaq □ | |
| |  |  | | --- | --- | | Détermination(s)  de phénotype | 0 | | érythrocytaire | 1 | | si disponible(s) | 2 | | |  |  | | --- | --- | | OUI | NON | | □ | □ | | *Etiquette PSL* | | | | | avant  \_\_h\_\_  **sinon PSL détruit** | |  | |  |  | | --- | --- | | OUI | NON | | □ | □ | |  | |  | |  |  | | --- | --- | | OUI | NON | | □ | □ | |  | |
| CGR □ | | Plasma □ | Plaq □ | |
| Résultat RAI  (si disponible) | |  |  | | --- | --- | | OUI | NON | | □ | □ | | *Etiquette PSL* | | | | | avant  \_\_h\_\_  **sinon PSL détruit** | |  | |  |  | | --- | --- | | OUI | NON | | □ | □ | |  | |  | |  |  | | --- | --- | | OUI | NON | | □ | □ | |  | |
| CGR □ | | Plasma □ | Plaq □ | |

* L’heure limite de pose du PSL est calculée en **ajoutant 6 heures à l’heure de délivrance** (cf. **fiche de délivrance obligatoirement jointe au(x) PSL**)
* **Les PSL sont placés dans un contenant dédié**: il n’est pas nécessaire de maintenir la chaîne du froid (délai de 6H, T° ambiante)
* **Avant de brancher la transfusion**, s’assurer de la disponibilité de 2 phénotypages érythrocytaires indépendants et à défaut, prélever un ou 2 échantillons sanguins sur EDTA (bouchon violet) correctement identifiés (*Arrêté du 15 mai 2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d’immuno-hématologie érythrocytaire*)
* Après transfusion, conserver toutes les poches de PSL, même vides, avec leur tubulure clampée et obturée (double-nœud), et les cartes PTU, pendant au moins 4 heures

À compléter et à renvoyer **DANS LES 24H** **avec la fiche de délivrance complétée** au **correspondant d’hémovigilance de l’établissement de santé d’arrivée** qui transmettra :

|  |  |
| --- | --- |
| au **correspondant d’hémovigilance de l’établissement de départ** :  **Dr : - @ : - Fax :** | le cas échéant au **responsable de dépôt de l’établissement de départ**:  **Dr : - @ : - Fax :** |