

**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 □ MINS …………………………………………………….… | **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 transférésavec 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 PSLFiche 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 :**  |