 

*Rédaction* : Dr.Thierry SAPEY / Marjorie BLIN

*Validation* : Le 10/09/2018 par Dr.Thierry SAPEY (CRHST)

|  |  |
| --- | --- |
| **DPSE / VSS**  | **CELLULE REGIONALE D’HEMOVIGILANCE**  |
|  | **GRILLE D’AUDIT-TRANSPORT DES P.S.L** |
| **Références** | * Décisions du 10 juillet 2018 définissant les principes de bonnes pratiques prévues à l’article L.1222-12 du code de la santé publique.
 |
| **Champs d’application** | * Transport des P.S.L entre EFS et ES (avec ou sans dépôt)
 |
| **Nom et prénom de la personne ayant renseigné la grille :****Fonction :****Date :****Signature :****Validation par le responsable du dépôt ou l’hémovigilant si absence**  |
| **Descriptif succinct du transport :** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **TRANSPORT DE P.S.L ENTRE L’EFS ET L’ES** | **REPONSES** |
| **La demande de transport** | Le bordereau de transport (***N°…….***.) est-il utilisé comme support de la traçabilité ? |  |
| *Contexte du transport* :* Urgence vitale
* Urgence relative
* Réapprovisionnement du stock programmé
* Réapprovisionnement du stock en urgence
 |  |
| L’heure du transport est-elle programmée ? **(*Noter l’heure*)** |  |
| **Prise en charge par le transporteur** | Transport simultané de personnes ou de produits sans lien avec la transfusion sanguine ? **(*vérifier le véhicule*)** |  |
| Heure de départ de son point d’attache |  |
| Heure d’arrivée E.F.S (***à remplir au retour du transporteur***) |  |
| Heure de départ E.F.S (***à remplir au retour du transporteur***) |  |
| **Arrivée de la personne chargée du transport** | Heure d’arrivée E.S |  |
| Si incident entrainant un retard >30 mn : mode d’information à l’ES ? |  |
| Noter le nom de la société |  |
| Existe-il une convention avec cette société ? |  |
| Noter le nom du chauffeur |  |
| Cette personne a-t-elle suivie une formation sur le transport des P.S.L ? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Le(s) documents concernant le(s) patient(s) est(sont)-il(s) remis au transporteur ? |  |
| Le chauffeur est-il en possession de consignes claires en cas d’accident ou d’incident ? |  |
| Existe-t-il un kit de transport en cas d’accident ? ***(Préciser le contenu)*** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Des produits périmés sont-ils présents dans ce kit? |  |
| Le contenu de ce kit fait-il l’objet d’un inventaire ? |  |
| Cet inventaire est-il tracé sur un document ? |  |
| Si oui, lequel ? |  |
| **Contrôle à réception****par le dépôt ou par le service de soins** | Le délai d’acheminement est-il correct ? |  |
| L’étiquetage du caisson est-il conforme ? |  |
| L’emballage est-il en bon état ?  |  |
| L’emballage est-il propre ? |  |
| Nombre de caisson ? |  |
| Le(s) caisson(s) ***(préciser le type de caisson***) est (sont)-il(s) qualifié(s)  quant aux températures de conservation pour chaque type de produit et pour une durée maximale du transport dans les conditions les plus défavorables? |  |
| Le(s) caisson(s) est (sont)-il(s) bien fermé(s) et scellé(s) ? |  |
| Le nombre et la disposition des eutectiques sont-ils corrects ? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | La lecture de l’enregistreur de température est-elle réalisée? |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | La température durant le transport est-elle correcte ***? (+2 à 10°C pour CGR ; <-25°C pour plasma, +20°C à 24°C pour les plaquettes)*** |  |
| Le contrôle de concordance prescription/fiche de délivrance/documents immuno-hémato et les P.S.L est-il réalisé? |  |
| Le contrôle de l’aspect, de l’intégrité des poches est-il effectué? |  |
| Le contrôle de la date de péremption des poches est-il fait ? |  |
| Une carte de contrôle est-elle jointe à chaque P.SL ? |  |
| Le bordereau de transport est-il complété et classé ? |  |
| **Communication** | Le ou les services de soins sont-ils informés de l’arrivée des P.SL ? |  |