ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

N° d'ordonnance

Joindre les documents de groupage sanguin et pour les CGR, le résultat de la RAI valide (ou les prélèvements pour leur réalisation)

MEDECIN - PRESCRIPTEUR

Nom *(lisible et en majuscule)*:....................................

Téléphone du prescripteur: ……………………………..…

Signature *(obligatoire)*

Date de la prescription: |_|_|_|_|_|_|

ETABLISSEMENT DE SANTE:

Service (UF): ………………………………………...

Tél. direct: ……………………………………........

PATIENT *(coller l'étiquette du patient)*

Nom de famille(ou de naissance):………………………………………

Nom d'usage (marital ou autre):..

Prénom: ....……………...

Né(e) le : ....………………..................... **Sexe :** ☐ **F** ☐ **M**

Pour nouveau-né: préciser le terme (SA): ……...........Poids:……….g

Et l'identité complète de la mère:……………………………..........

…………………………………………………………………………………

Pour une transfusion non urgente ou programmée:

Date et heure souhaitées de la délivrance: le ……./.. ……../………

à ……….. H…….......

Si transfusion urgente cocher la mention adéquate

❑ **Urgence Vitale Immédiate *(délivrance sans délai)* et ☎ à l'EFS**

❑ **Urgence Vitale *(délai obtention < 30 minutes)* et ☎ à l'EFS**

❑ **Urgence relative *(délai obtention 2 à 3 heures)***

Une ordonnance par type de PSL hors UV et UVI

Renseignements cliniques et biologiques :...

....

❑ Greffe organe ❑ Greffe CSH ❑ Aplasie médullaire ❑ Myélodysplasie ❑ Drépanocytose ❑ **Autre**:………………………………

CONCENTRE de GLOBULES ROUGES (CGR)

Quantité Ferme : ……....

Quantité Réserve : ……....

ou Volume : ……………. mL

Hb : ……………..g/dL

Qualification/transformation (voir verso)

❑ Phénotypé RH KEL
❑ Irradié *(préciser indication)*: ………………
❑ Compatibilisé *(joindre un tube EDTA)*
❑ Autres *(préciser)*:

❑ **Je prescris la prolongation de la validité de la RAI négative à 21 jours** en absence de transfusion, grossesse ou greffe depuis 6 mois **Nom et Signature** (obligatoire) :

❑ **Traceur température** *(entreposage/relais)*

Indication:…………………………

…………………………………………

❑ **Délivrance souhaitée des PSL en réserve**

……./……./…….

CONCENTRE de PLAQUETTES (CP)

Quantité Ferme : …….... **Quantité Réserve : ....**

Plaquettes: ....……..... G/L. **Date de la numération**: …… /…… / ……. **Poids** ……………………

❑ Irradié *(préciser indication)*:……………… ❑ Autre *(préciser)*:..

Posologie souhaitée : ………. en 10^{11} plaquettes *(posologie au verso).*

Le choix du produit posologie et nature (MCP ou CPA) sera sélectionné en fonction des produits disponibles par le site de délivrance

Le **taux de plaquettes**, et le **poids** du patient sont à renseigner **obligatoirement**

PSL: ………………………

Nb: ………………………

(si différent)

Service: ……………….……

Prescripteur:

………………………………..

PLASMA FRAIS CONGELE (PFC)

Quantité Ferme : …….... **Quantité Réserve : ……....**

Nombre :……....PFC ou Volume :…………….mL

(1 PFC = 200 mL minimum)

❑ VHE négatif *(indications au verso)*

Indication à cocher :

❑ Hémorragies aiguës avec déficit global des facteurs de coagulation
❑ Echange plasmatique *(préciser la pathologie)*:………………………..
❑ Déficits complexes rares en facteurs de coagulation
❑ CIVD
❑ Autres *(préciser)*: ……………………..……………...............................

PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES

Quantité CGR :………… **Quantité PFC :…………**

Sites	Tel et Fax	Sites	Tel et Fax	Sites	Tel et Fax
Aix Pce	04.42.33.97.72 / 04.42.33.99.08	Ajaccio	04.95.29.90.59 / 04.95.29.94.28	Arles	04.90.49.29.50 / 04.90.49.28.83
Avignon	04.90.81.14.01 / 04.90.87.53.20	Bastia	04.95.59.18.76 / 04.95.59.12.83	Cannes	04.93.94.82.35 / 04.93.94.82.34
Gap	04.92.40.67.24 / 04.92.40.67.21	Toulon	04.98.08.08.70 / 04.94.36.23.46	St Laurent	04.92.27.52.47 / 04.92.27.52.49
MRS Baille	04.91.18.95.01 / 04.91.18.95.10	MRS Nord	04.91.96.88.57 / 04.91.96.85.22	MRS IPC	04.91.17.84.70 / 04.91.17.84.71
MRS Timone	04.91.38.75.43 / 04.91.38.80.21				

EFS Provence Alpes Côte d'Azur et Corse – 149 Boulevard Baille, 13005 Marseille

Indications particulières selon les recommandations HAS pour la transfusion des concentrés de globules rouges (CGR) - nov 2014, des concentrés plaquettaires d'aphérèse (CPA) et des mélanges de concentrés plaquettaires (MCP)- oct 2015

Choix PSL	Indications
CGR de moins de 5 jours	• Transfusion in utero • Transfusion massive en période néonatale • Exsanguinotransfusion du nouveau-né
CPA	• Respect du phénotype dans les systèmes HLA ou HPA • Adaptation de la dose à transfuser en particulier en pédiatrie et néonatalogie (Division de plaquettes)

Qualification	Indications
CGR Phénotypé RH KEL	• Patient immunisé contre un antigène du système Rhésus Kell (RH-KEL1) • Femme de la naissance à fin période procréatrice (moins de 50 ans) • Hémoglobinopathies • Affections chroniques nécessitant transfusions répétées (ex myélodysplasies) • Groupe sanguin rare
CPA phénotypé	• Etat réfractaire lié à la présence d'anticorps anti-HLA ou d'anticorps anti-HPA chez le receveur
CGR Phénotype étendu	• Patient immunisé contre au moins un antigène dans un système autre que RH-KEL1
CGR Compatibilisé (joindre un tube EDTA et la demande d'analyse)	• Patients présentant ou ayant présenté ou suspecté de présenter un ou plusieurs allo-anticorps érythrocytaires • Nouveau né ayant un test direct à l'antiglobuline positif ou né de mère allo-immunisée • Patient drépanocytaire

Transformation	Indications
PSL Irradié	• Déficit immunitaire congénital cellulaire • 7 jours avant et pendant un prélèvement de Cellules Souches Hématopoïétiques (auto ou allo) • Autogreffe : début du conditionnement et jusqu'à 3 mois après autogreffe (1an si irradiation corporelle totale) • Allogreffe : début du conditionnement et jusqu'à 1 an après allogreffe (définitif si réaction du greffon contre l'hôte ou traitement immunosuppresseur) • Traitement par analogues des purines et pyrimidiques (fludarabine, pentostatine, cladribine, clofarabine, etc) : jusqu'à 1 an après fin du traitement • Traitement par SAL ou anti-CD52 ou anticorps monoclonaux anti-lymphocytes T • Immunosuppression T profonde hors VIH • Transfusion foetale et jusqu'aux 6 mois corrigés • Exsanguino-transfusion et transfusion massive du nouveau-né (vol>20ml/kg ou >80ml/kg/24h ou débit >5ml/kg/h) • Dons dirigés intra-familiaux • Transfusion de CPA HLA compatible si donneur HLA identique ou approchant
PSL Déplasmatisé	• Déficit en IgA sérique avec anticorps anti-IgA • Antécédents de réactions transfusionnelles anaphylactiques majeures mettant en jeu le pronostic vital • Antécédents d'effets indésirables receveurs allergiques de grade de sévérité inférieur, si obstacle à la transfusion
CGR réduit de volume	• Transfusion in utero
PSL cryoconservé	• Phénotype rare ou exceptionnel • Mélange complexe d'allo-anticorps

L'EFS recommande l'utilisation de plasmas frais congelé VHE négatif dans les situations suivantes

VHE négatif	• Transplantations organes • Greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques • Autres déficits immunitaires sévères • Hépatite chronique active, fibrose ou cirrhose hépatique

Rappel de la posologie des CP et PFC selon les recommandations de l'HAS

CP : Adulte 0,5 à 0,7.10¹¹ /10 kg; **Enfant** : 0,7.10¹¹ /10 kg; **Nouveau-né** : 0,1 à 0,2 10¹¹/kg
PFC : en cas d'hémorragie environ 15 mL /kg

Synthèse sur l'acte transfusionnel :

Contrôle ultime pré-transfusionnel réalisé en présence du patient	Surveillance de l'acte transfusionnel	Conduite à tenir si incident au cours de la transfusion

1. Contrôle ultime de concordance des documents
• Vérification de l'identité du receveur.
• Concordance de l'identité du receveur avec celle mentionnée sur les documents :
  ▪ Prescription de PSL,
  ▪ Fiche de Délivrance (FD),
  ▪ Document IH,
• Concordance du groupe sanguin entre PSL et dossier IH.
• Concordance des données d'identification du PSL portées sur l'étiquette et sur la FD.
2. Contrôle ultime de compatibilité lors de la transfusion de CGR (homologue ou autologue) à l'aide d'une carte de contrôle.
	1. Vérifier la date de péremption du PSL et le délai des 6 heures à compter de la réception des produits
	2. Mesure de la tension artérielle, de la température, de la fréquence cardiaque et si possible de la saturation avant transfusion.
	3. Surveillance attentive et continue au moins dans les quinze premières minutes puis régulière.
	4. Description précise de tout événement ou effet indésirable (procédures).
	5. Réalisation et transcription sur le document approprié de la traçabilité (fiche de délivrance).
		1. Arrêter la transfusion.
		2. Conserver la voie d'abord.
		3. Appeler le médecin en charge du patient.
		4. Vérifier la tension artérielle, la température, la fréquence cardiaque et si possible la saturation.
		5. Débrancher le PSL et faire un noeud à sa tubulure.
		6. Prévenir l'EFS (téléphone + fax)
		7. Informer le service « hémovigilance » de l'ES dans les 8 heures.
		8. Selon l'orientation diagnostique, faire les prélèvements complémentaires nécessaires tels que définis dans les procédures de l'ES

Pour toute interrogation merci de vous adresser à la personne en charge du conseil transfusionnel de votre ETS référent