

Fiche de révision ESI L2

UE 4.4 : transfusion

La validité, la concordance des documents et le CUPT
+ généralités et informations utiles

Le 6 mars 2026, crée par Max Aubert, L2

Vérification faite par les référents de l'UE 4.4 le 5 mars

Sommaire

| <u>Catégorie</u> | <u>Nom de la partie</u> | <u>Page</u> |
|---------------------------------------|---|-------------|
| Documents dont on dispose | Intro | 3 |
| Contrôle de validité des documents | Partie 1 | 4 |
| | Partie 2 a (PM) | 5 |
| | Partie 2 b (CREFS) | 6 |
| | Partie 2 c (FDN) | 7 |
| | Partie 2 d (PSL) | 8 |
| Contrôle de concordance des documents | Partie 3 a (Commande) | 9 |
| | Partie 3 b (Données I-H) | 10 |
| Contrôle ultime pré-transfusionnel | Partie 4 a (Généralités) | 11 |
| | Partie 4 b (Généralités) | 12 |
| | Partie 4 c (ABTest Card®) | 13 |
| | Partie 4 d (ABTest Card®) | 14 |
| | Partie 4 e (ABTest Card®) | 15 |
| | Partie 4 f (ABTest Card®) - Transfu | 16 |
| | Partie 4 g (ABTest Card®) - Non Transfu | 17 |
| Traçabilité | Partie 5 a (Traçabilité) | 18 |
| | Partie 5 b (Post-transfu) | 19 |
| Surveillance post-transfu | Partie 6 a (Risques transfu) | 20 |
| | Partie 6 b (Rôle propre) | 21 |

Documents dont on dispose (Intro)

DOSSIER TRANSFUSIONNEL
PRODUITS SANGUINS LABILES - PSL

IDENTITE DU RECEVEUR
Etiquette ou identité manuscrite

Nom de Naï: TOCRITE Emma 28/01/2005
Prénom: Emma
Sexe: F
Nom d'usage: 2380 Traumatologie
Date de Naï: [Barcode]
Sexe: F

Coller dans ce cadre
la photocopie ou le duplicata
de la carte de groupe sanguin
(un exemplaire original est à confier au patient)

CONSIGNES TRANSFUSIONNELLES:

- Dérançonnosité CGR phénotypés, compatibles (hors UV)
- R.A.I. positives CGR phénotypés, compatibles (hors UV)
- Prémédication(s) antihistaminique Corticoïdes
- Qualification(s) et transformations (s) des PSL (génétypés, irradiés, déplaçonnés, compatibles, HLA compatibles...):

Date: _____ Médecin: _____

Modifications des qualif. ou transformation PSL Date Médecin

Hémotigrasme CHU 93223 / 93511
E.F.S. Site de Dijon 43178 ou 03 80 70 60 13 / 43198 ou 03 80 70 60 04

Dossier transfusionnel

FICHE DE DELIVRANCE

CHU de Dijon (Dijon Cedex)
Etablissement de santé: UCH1000
Service: Traumatologie (UF 2380)
Prescripteur: BERNARD Jean

N° de patient EFS: 431308987
N° de délivrance: 2380
Nom du receveur: TOCRITE
Prénoms: Emma
Sexe: F
Date de naissance: 28/01/2005

ABO: A - O Rh: -
Dernière RAI le 02/03/26 RAI négative

Produit: CGR A SAGM DEL Cies
Groupe / Phénotype: A Rh(-)
Qualification: Transfuseur

Remarque: **GARNIER THOMAS JOE** (09745)
Cordons à réception conformes: oui

Document "Information du patient avant transfusion de PSL et/ou traitement à l'aide de médicaments dérivés du sang" Page 1/3

Fiche de délivrance nominative (FDN)

Laboratoire de Biologie Médicale IHG de l'EFES Bourgogne Franche Comté

Site de l'EFES Bourgogne Franche Comté
Site de l'EFES Bourgogne Franche Comté
Site de l'EFES Bourgogne Franche Comté

2380 TRAUMATOLOGIE
CHU Dijon
21079 DUON CEDEX

Nombre individu EFS: 431308987
Nom de naissance: TOCRITE
Prénoms: Emma
Sexe (S): F
Date de naissance: 28/01/2005
Identifiant patient EFS: 431308987
Nombre d'admission: 061544840
Demande: 431308987
Référence externe: 43030011*

Prescrit par: BERNARD Jean

COMPTE RENDU DES RESULTATS D'EXAMENS D'IMMUNO HEMATOLOGIE ERYTHROCYTAIRE

Préliminaire de Sang total n° 15380812 du 02/03/26 à 09:30

Phénotypage érythrocytaire ABO RH(D)
Méthode: Analyse réalisée en microscopie sur automate Diapet Swire 6e
A RH: -1
A D négatif

Phénotypage RHK
Méthode: Analyse réalisée en microscopie sur automate Diapet Swire 6e
RH: -2,-3,4,5 KEL: -1
C: E-cv-e-E-

Déplétage d'anticorps anti-érythrocytaires
Méthode: Analyse réalisée en microscopie sur automate Diapet Swire 6e
Test indirect à l'antiglobuline (CIA): Négatif
Absence d'anticorps anti-érythrocytaires décelable sur cet échantillon

Compte rendu définitif, résultats validés et interprétés par RUSTEN DA COSTA VILAS BOAS (interne).

Edition le 02/03/26 à 21:00 Page 1/1

Compte-rendu EFS (CREFS)

PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES

ÉTABLISSEMENT: CHU Dijon / SERVICE / UF 2380 / TEL: 95357

PATIENT (Etiquette ou identité manuscrite)
Nom de naissance: TOCRITE
Prénom: Emma
Date de Naissance: 28/01/2005
Sexe: F
Méd: MIO

Renseignements cliniques: Dérançonnosité ou Grosse Organe ou Agilité Médullaire ou Hémopathie (préciser)
Commentaires: Anémie Hb: 6,9 g/l

DELIVRANCE à compléter impérativement
Transfusion urgente: Transfusion programmée:
Urgence vitale immédiate (EFS ou dépôt Obligatoire): Date: 03/03/2026
Urgence vitale (x 30 min): Heure: 10:00
Urgence relative (2 à 3 h):

CONCENTRÉ DE GLOBULES ROUGES (CGR) Hb (g/dl) = 68L
N° de CGR ou volume (ml):
Délivrance poche par poche (fractionnée) Je désire patient EFS pour une durée de:
Délivrance non fractionnée 3 mois (autographe de CGR pour myélome)
3 mois (autographe de CGR pour lymphome)
6 mois (autographe de CGR pour myélome)
 1 an (autographe de CGR pour myélome)
 2 ans (autographe de CGR pour myélome)
 3 ans (autographe de CGR pour myélome)
 4 ans (autographe de CGR pour myélome)
 5 ans (autographe de CGR pour myélome)
 6 ans (autographe de CGR pour myélome)
 7 ans (autographe de CGR pour myélome)
 8 ans (autographe de CGR pour myélome)
 9 ans (autographe de CGR pour myélome)
 10 ans (autographe de CGR pour myélome)
 11 ans (autographe de CGR pour myélome)
 12 ans (autographe de CGR pour myélome)
 13 ans (autographe de CGR pour myélome)
 14 ans (autographe de CGR pour myélome)
 15 ans (autographe de CGR pour myélome)
 16 ans (autographe de CGR pour myélome)
 17 ans (autographe de CGR pour myélome)
 18 ans (autographe de CGR pour myélome)
 19 ans (autographe de CGR pour myélome)
 20 ans (autographe de CGR pour myélome)
 21 ans (autographe de CGR pour myélome)
 22 ans (autographe de CGR pour myélome)
 23 ans (autographe de CGR pour myélome)
 24 ans (autographe de CGR pour myélome)
 25 ans (autographe de CGR pour myélome)
 26 ans (autographe de CGR pour myélome)
 27 ans (autographe de CGR pour myélome)
 28 ans (autographe de CGR pour myélome)
 29 ans (autographe de CGR pour myélome)
 30 ans (autographe de CGR pour myélome)
 31 ans (autographe de CGR pour myélome)
 32 ans (autographe de CGR pour myélome)
 33 ans (autographe de CGR pour myélome)
 34 ans (autographe de CGR pour myélome)
 35 ans (autographe de CGR pour myélome)
 36 ans (autographe de CGR pour myélome)
 37 ans (autographe de CGR pour myélome)
 38 ans (autographe de CGR pour myélome)
 39 ans (autographe de CGR pour myélome)
 40 ans (autographe de CGR pour myélome)
 41 ans (autographe de CGR pour myélome)
 42 ans (autographe de CGR pour myélome)
 43 ans (autographe de CGR pour myélome)
 44 ans (autographe de CGR pour myélome)
 45 ans (autographe de CGR pour myélome)
 46 ans (autographe de CGR pour myélome)
 47 ans (autographe de CGR pour myélome)
 48 ans (autographe de CGR pour myélome)
 49 ans (autographe de CGR pour myélome)
 50 ans (autographe de CGR pour myélome)

CONCENTRÉ DE PLAQUETTES (CP)
Quantité désirée: _____ en 10⁹ plaquettes
ou 10 de CP
 Suffisant
 RCPSP
 CPA
 CPA HLA/HPA compatible

PLASMA THÉRAPEUTIQUE
N° de volume (ml):
Indication obligatoire à cocher:
 OVD
 Cloté Hémostatique et solution à risque d'hémorragie massive
 Médicaments complémentaires et sans en faire mention de coagulation
 Échange plasmatique (préciser la pathologie):
 Autre (préciser):

PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES: Nombre: CGR | Plasma

PRESCRIPTEUR
Nom: BERNARD Jean
Date de la prescription: 02/03/2026
Heure: 18:50
Réservé au site de délivrance: _____
Date: _____ Modification de la prescription: _____
Nom de la personne jointe: _____

Prescription médicale (PM)

fiche d'information avant transfusion

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE DIJON
L.M. Jean de Dieu 8,7 37 868 - 21079 DUON CEDEX

INFORMATION DU PATIENT AVANT TRANSFUSION DE PRODUITS SANGUINS LABILES (PSL) ET/OU TRAITEMENT A L'AIDE DE MEDICAMENTS DERIVES DU SANG (MDS)

Votre médecin peut vous proposer, si votre état le nécessite, une transfusion de Produits Sanguins Labiles (PSL) et/ou l'administration de Médicaments Dérivés du Sang (MDS).

Ces deux types de produits sont issus de dons de sang:

- Les Produits Sanguins Labiles (PSL) sont les Concentrés de Globules Rouges (CGR), les Concentrés de Plaquettes (CP) et le Plasma Frais Congelé (PFC).
- Les Médicaments Dérivés du Sang (MDS) sont les Immunoglobulines, les facteurs de coagulation, l'albumine, les collas de fibrine.

En milieu chirurgical, il peut également vous être proposé une autotransfusion.

Les Produits Sanguins Labiles sont délivrés par l'Etablissement Français du Sang Bourgogne Franche-Comté sur prescription du médecin de l'hôpital. Le médecin peut être amené à transfuser à l'EFES des informations cliniques et biologiques vous concernant et utiles à votre sécurité transfusionnelle. La confidentialité de celles-ci sera respectée.

Comme tout traitement, ces produits comportent des risques, ils sont très faibles et en constante diminution grâce à différentes procédures rendant ces produits très sûrs:

- des mesures strictes de la transfusion sanguine, répondant à des normes réglementaires, sont appliquées par les différents acteurs depuis le don de sang jusqu'à l'acte transfusionnel;
- des tests systématiques chez le patient (dépistage sérologique de groupe sanguin et recherche d'anticorps irréguliers), sont réalisés avant et après transfusion de Produits Sanguins Labiles;
- la fabrication des Médicaments Dérivés du Sang comporte des procédés d'inactivation et d'élimination des virus.

Des réactions peuvent survenir pendant ou au décours de l'injection des produits:

- pour les Produits Sanguins Labiles et les Médicaments Dérivés du Sang en général;
- des réactions d'intolérance rare et généralement éphémères à l'usage de traitement;
- des accidents allergiques, il est conseillé de signaler vos antécédents allergiques à votre médecin.

pour les Produits Sanguins Labiles exclusivement:

- le risque de réaction à des groupes sanguins: réaction pendant la transfusion; appétion d'urgence après la transfusion qui provient d'un défaut de compatibilité;
- une contamination bactérienne, viciée ou par l'usage de la maladie de Creutzfeldt-Jakob et de ses variantes n'est pas totalement exclue dans l'état actuel des connaissances. Il existe un risque de transmission de pathologies encore inconnues et donc non éliminables.

Deux structures de surveillance, l'Hémovigilance et la Pharmacovigilance, permettent, avec une réactivité performante, la déclaration des effets indésirables et l'étude de l'implication de ces produits dans les accidents observés.

Document remis le 02/03/2026 à Madame, Monsieur TOCRITE Emma

par le Docteur BERNARD Jean, service TRAUMATOLOGIE

Remettez ce document au patient et conservez le double (feuille verso) dans le dossier transfusionnel

Étiquette PSL (produit sanguin labile)



Étiquette patient



Contrôle de validité des documents

Partie 1



Information délivrée au patient à propos de la transfusion : Signé par le Dr

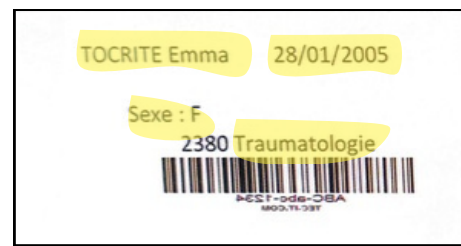
Redemander le consentement du patient avant l'acte !!



Patiente

Contrôle de l'identité

Etiquette patient



Faire épeler : nom, prénom, date de naissance et genre



Identité Dossier transfu

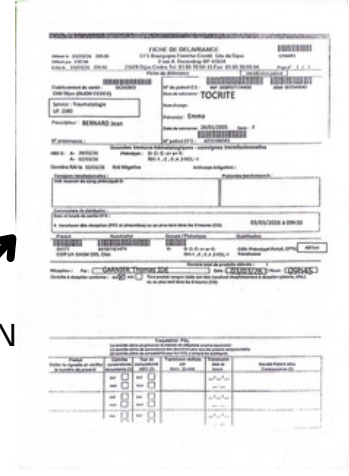
Identité sur les documents

Vérifier la concordance de l'identité de **tous** les doc.

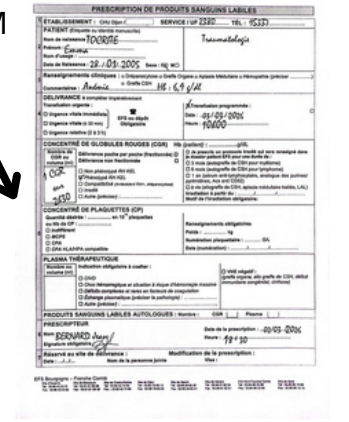
Identité CREFS



Identité FDN



Identité PM



OK?

Contrôle de validité des documents



Risque éliminatoire si la validité n'est pas effectuée sur le document

Partie 2 a (PM)

| PRESCRIPTION DE PRODUITS SANGUINS LABILES | |
|--|--|
| 1 ÉTABLISSEMENT : CHU Dijon / SERVICE / UF 2380 TÉL : 45337 | |
| 2 PATIENT (Etiquette ou identité manuscrite) Nom de naissance TOCRITE Traumatologie Prénom : Emma Nom d'usage : Date de Naissance : 28/01/2005 Sexe : F M | |
| 3 Renseignements cliniques : <input type="checkbox"/> Drépanocytose <input type="checkbox"/> Greffe Organe <input type="checkbox"/> Aplasie Médullaire <input type="checkbox"/> Hémopathie (préciser) Commentaires : Anémie <input type="checkbox"/> Greffe CSH Hb : 6,9 g/dl | |
| 4 DELIVRANCE à compléter impérativement Transfusion urgente : <input type="checkbox"/> Urgence vitale immédiate <input type="checkbox"/> EFS ou dépôt Obligatoire <input type="checkbox"/> Urgence vitale (≤ 30 min) <input type="checkbox"/> Urgence relative (2 à 3 h) X Transfusion programmée : Date : 03/03/2026 Heure : 10h00 | |
| 5 CONCENTRÉ DE GLOBULES ROUGES (CGR) Hb (patient) :g/dL Nombre de CGR ou volume (ml) : 1 CGR sur 2630 Délivrance poche par poche (fractionnée) <input type="checkbox"/> Délivrance non fractionnée <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Non phénotypé RH KEL <input checked="" type="checkbox"/> Phénotypé RH KEL <input type="checkbox"/> Compatibilisé (Anticorps RAI, drépanocytose) <input type="checkbox"/> Irradié <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> Je prescris un protocole irradié qui sera renseigné dans le dossier patient EFS pour une durée de : <input type="checkbox"/> 3 mois (autogreffe de CSH pour myélome) <input type="checkbox"/> 6 mois (autogreffe de CSH pour lymphome) <input type="checkbox"/> 1 an (sérum anti-lymphocytaire, analogue des purines/ pyrimidines, Acs anti CD52) <input type="checkbox"/> à vie (allogreffe de CSH, aplasie médullaire traitée, LAL) Irradiation à partir du : Motif de l'irradiation obligatoire : | |
| CONCENTRÉ DE PLAQUETTES (CP) Quantité désirée : en 10 ¹¹ plaquettes ou Nb de CP : <input type="checkbox"/> Indifférent <input type="checkbox"/> MCPS <input type="checkbox"/> CPA <input type="checkbox"/> CPA HLA/HPA compatible Renseignements obligatoires Poids : kg Numération plaquettaire : G/L Date (numération) :/...../..... | |
| 6 PLASMA THÉRAPEUTIQUE Nombre ou volume (ml) : Indication obligatoire à cocher : <input type="checkbox"/> CIVD <input type="checkbox"/> Choc hémorragique et situation à risque d'hémorragie massive <input type="checkbox"/> Déficit complexes et rares en facteurs de coagulation <input type="checkbox"/> Échange plasmatique (préciser la pathologie) : <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : <input type="checkbox"/> VHE négatif : (greffe organe, allo greffe de CSH, déficit immunitaire congénital, cirrhose) | |
| 7 PRODUITS SANGUINS LABILES AUTOLOGUES : Nombre : CGR [] Plasma [] | |
| PRESCRIPTEUR Nom BERNARD Jeany Date de la prescription : 02/03/2026 Signature obligatoire [Signature] Heure : 18h30 | |
| Réservé au site de délivrance : Modification de la prescription : Date : .../.../... Nom de la personne jointe Visa : | |



← OK? Identité OK (Partie 1)

← Motif de transfusion Facultatif

← Conditions de délivrance et validité date et heure

← Type de PSL (quantité, durée/débit) et spécificité (phénotypé ou non, compatibilisé, irradié ?)

← Prescripteur à énoncer à l'oral et en toutes lettres : nom, prénom + date, heure, signature

.....
Tout OK ? Alors document **Valide**

Contrôle de validité des documents



Risque éliminatoire si la validité n'est pas effectuée sur le document

Partie 2 c (FDN).

FICHE DE DELIVRANCE
EFS Bourgogne Franche-Comté Site de Dijon
2 rue A. Ducoudray BP 47834
1799483

Delivré le : 03/03/26 09h30
Delivré par : EBCM
Date le : 03/03/26 09h30

21078 Dijon Cedex Tel: 03 89 70 60 13 Fax: 03 89 70 60 04 Page n° 1 / 1

Fiche de délivrance

Etablissement de santé : DCHUBO
CHU Dijon (DIJON CEDEX)

Service : Traumatologie
UF: 2380

Prescripteur : BERNARD Jean

N° ordonnance :

Données immuno-hématologiques - consignes transfusionnelles

ABO D : A- 28/02/26 Phénotype : D- C- E- c+ e+ K-
A- 02/03/26 Rh(-) -1, -2, -3, 4, 5 KEL-1

Dernière RAI le 02/03/26 RAI Négative Anticorps Irréguliers :

Consignes transfusionnelles : Doit recevoir du sang phénotypé D-
Protocoles transfusionnels :

Commentaire de distribution :
Date et heure de sortie EFS : 03/03/2026 à 09h30
A transfuser dès réception (PFC et plaquettes) ou au plus tard dans les 6 heures (CG)

| Produit | Numéro/lot | Groupe / Phénotype | Qualification |
|-------------------------------|-------------|------------------------------------|--|
| 04171 CGR UA SAGM DEL Clos | 64161161474 | A- Rh(-) -1, -2, -3, 4, 5 KEL-1 | CGR- Phénotypé RhKell, CPTU Transfuseur |

ABTest

Nombre total de produits délivrés : 1

Réception : Par : GARNIER Thomas IDE Date : 03/03/26 Heure : 09h45

Contrôle à réception conforme : oui non Tout produit sanguin labile doit être transfusé immédiatement à réception (plasma, plasma), ou au plus tard dans les 6 heures (CG)

Traçabilité PSL

Le contrôle ultime en présence du mélange est obligatoire avant la transfusion :
(1) contrôle ultime de concordance des documents pour tous les produits sanguins labiles
(2) contrôle ultime de compatibilité pour les CGR, y compris les autogènes

| Produit Coller la vignette et vérifier le numéro de produit | Contrôle concordance documents (1) | Test de compatibilité ABO (2) | Transfusion réalisée par Nom - Qualité | Transfusion date et heure | Identité Patient et/ou Commentaires (3) |
|---|--|--|--|---------------------------------|--|
| | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | -- / -- / -- -- : -- | |
| | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | -- / -- / -- -- : -- | |
| | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> | | -- / -- / -- -- : -- | |

← Identité labo (nom, adresse, n° de tél)

← Identité patiente si non vérifiée avant (et service)

+

← Identité prescripteur

← Vérifier présence du recopiage du phénotype patient

← Potentielles consignes transfusionnelles

← Sortie de l'EFS (date et heure de sortie)

← Réception dans le service (nom, prénom, fonction, date et heure de réception + case cochée)

La transfusion doit **débuter** dans les 6 heures suivant la réception dans le service

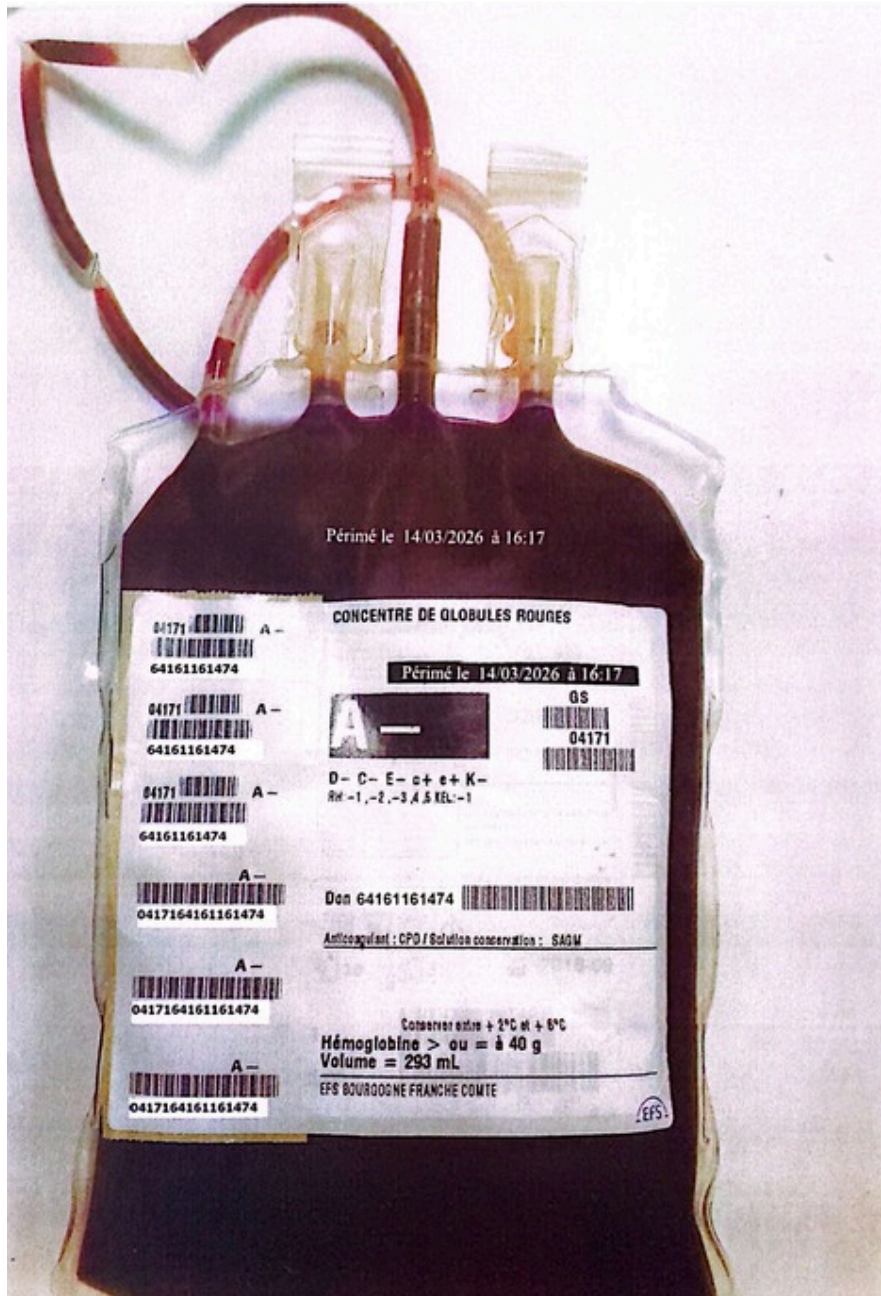
.....

Tout OK ? Alors document **Valide**



Risque éliminatoire si la validité n'est pas effectuée sur le PSL

Partie 2 d (PSL).



Date de péremption (et heure)



Intégrité :
recherche d'absence d'aggrégat et de caillots, le manipuler pour observer



l'aspect

+

Recherche de la température : doit être froid au toucher

.....
Tout OK ? Alors PSL **Valide**

Contrôle de concordance des documents



Risque éliminatoire si la concordance n'est pas effectuée sur le document

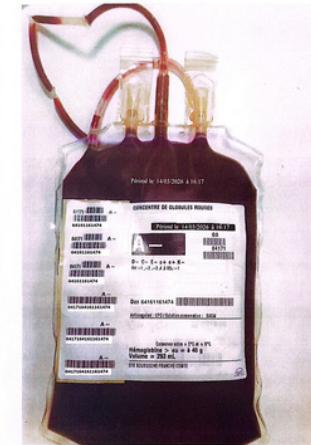
Partie 3 a (Commande)

Document de référence (on part de lui pour la concordance)

FDN

PM

Concordance



PSL

Concordance entre :

Ce qui a été commandé (PM) et ce qui a été reçu (FDN et PSL)

Rechercher :

- Le type de PSL, la nature du PSL et sa spécificité, la quantité, la date et l'heure de passage (PM)
- Concordance n° produit et lot poche : PSL <-> FDN
- Concordance prescripteur PM <-> FDN

Mnémotechnique :

Commande Amazon, 1 robe rouge (1 CGR Phénotypé)

Contrôle de concordance des documents

Partie 3 b (Données I-H)



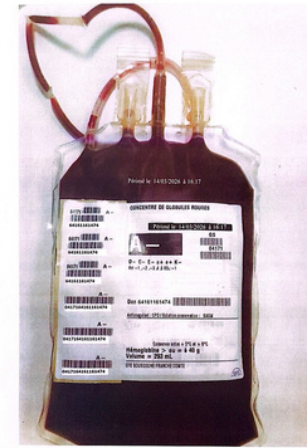
Risque éliminatoire si la concordance n'est pas effectuée sur le document

Document de référence (on part de lui pour la concordance)

FDN

CREFS

Concordance



PSL

Concordance entre :

Ce que le patient a (CREFS) et ce qu'on a reçu (PSL, FDN)

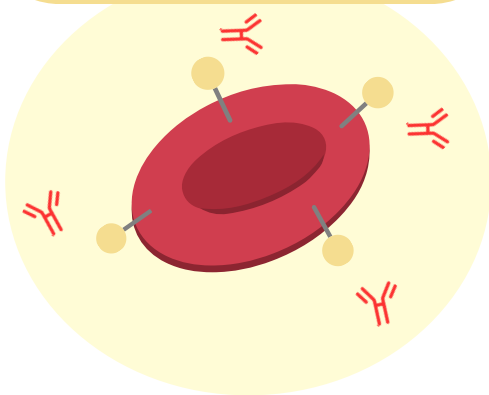
Rechercher :




- Concordance phénotypages (ABO et RHK) : FDN <-> CREFS <-> PSL

Contrôle ultime pré-transfusionnel

Partie 4 a (Généralités).

Erythrocytes avec des antigènes A



-  Anticorps anti-B
-  Antigènes A
-  Plasma

Infos

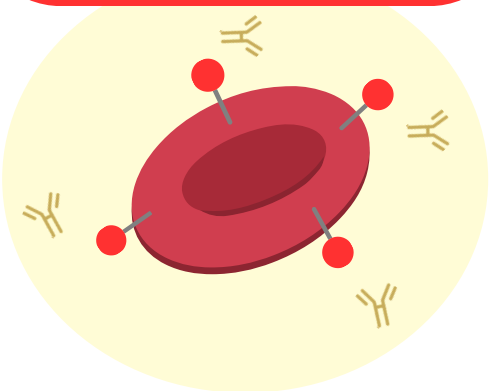
Le patient est dit du **groupe A**




Le **groupe A** peut recevoir du :

Groupe A

Groupe O

Erythrocytes avec des antigènes B



-  Anticorps anti-A
-  Antigènes B
-  Plasma

Infos

Le patient est dit du **groupe B**

Le **groupe B** peut recevoir du :

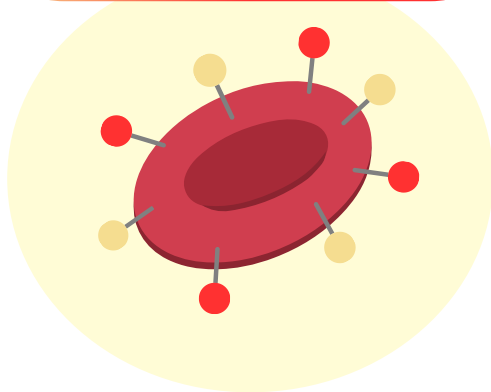
Groupe B





Groupe O

Contrôle ultime pré-transfusionnel

Partie 4 b (Généralités).

Erythrocytes avec des antigènes AB



-  Absence d'anticorps
-  Antigènes A
-  Antigènes B
-  Plasma

Infos

Le patient est dit du **groupe AB**

Le **groupe AB** peut recevoir du :

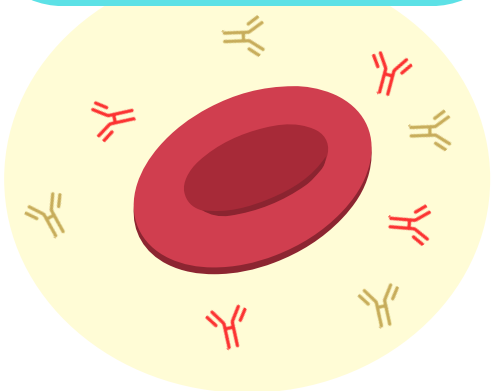
Groupe A





Groupe AB

Groupe B

Groupe O

Erythrocytes avec l'absence d'antigène



-  Anticorps anti-A
-  Anticorps anti-B
-  Absence d'antigène
-  Plasma

Infos

Le patient est dit du **groupe O**

Le **groupe O** peut recevoir du :

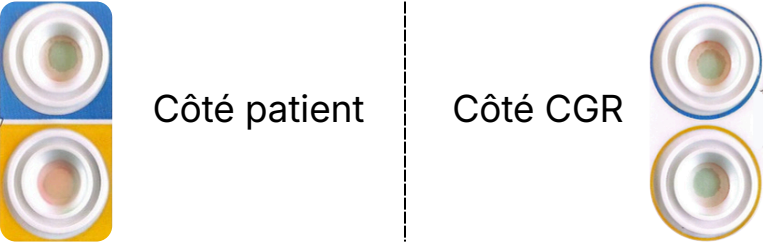
Groupe O

Contrôle ultime pré-transfusionnel

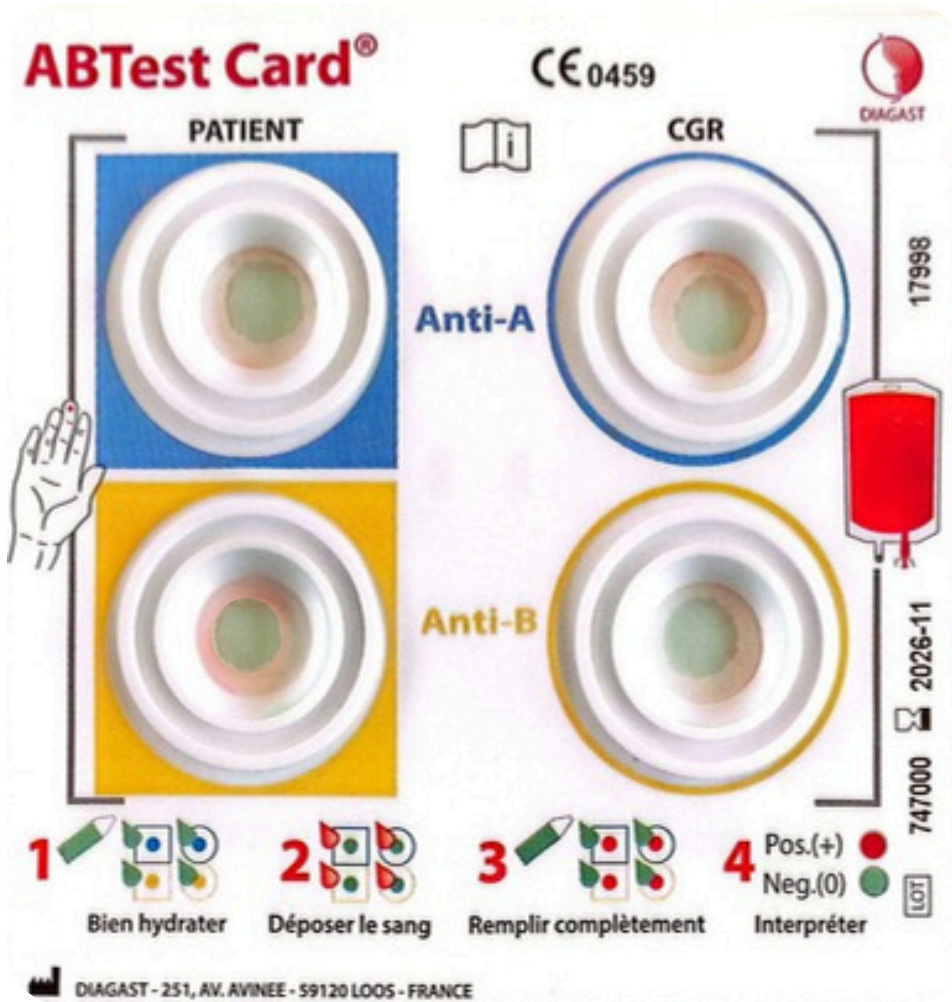
Partie 4 c (ABTest Card®).

Quoi dire à l'ouverture ?

- 1. Il y a un **côté patient** et un **côté CGR**



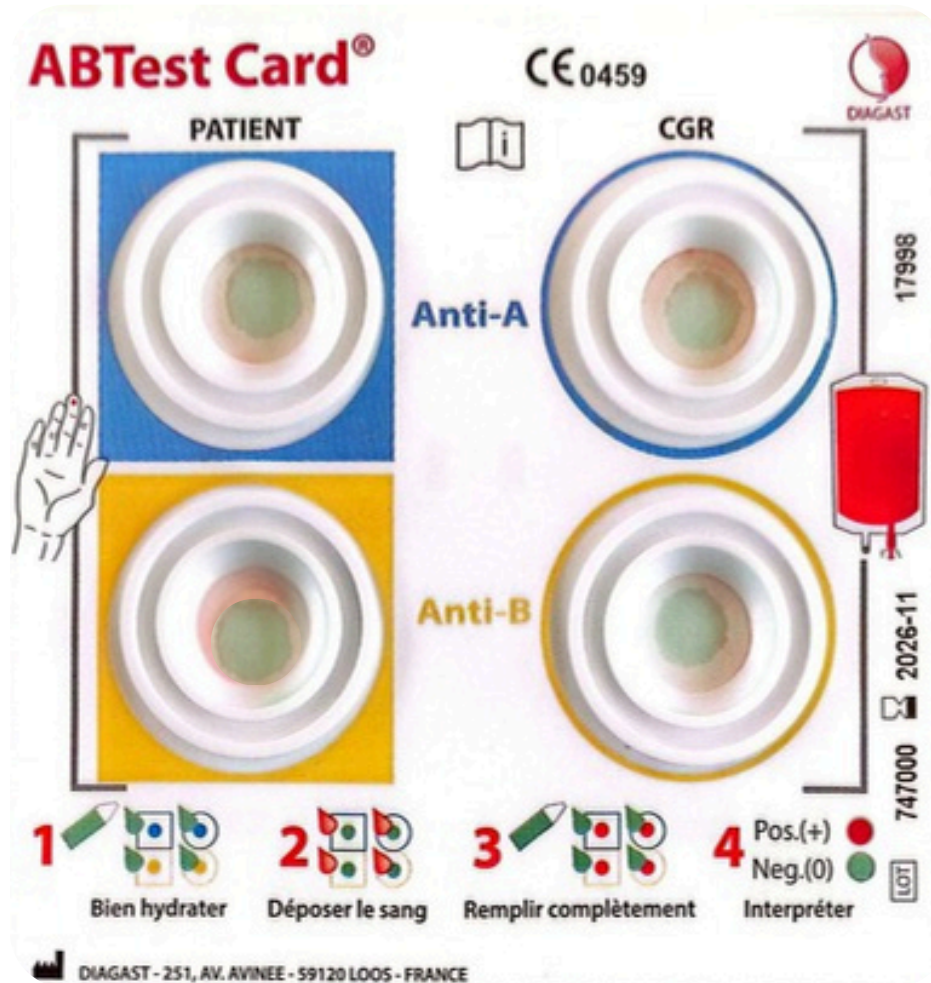
- 2. Il y a **deux réactifs** de couleur **bleu** et **deux réactifs** de couleur **jaune**



Contrôle ultime pré-transfusionnel

Partie 4 d (ABTest Card®).

Que faire ensuite ?



1. Hydrater les puits avec la solution **WS** (liquide vert) afin de rendre le fond des puits **entièrement vert** après absorption de ce dernier

2. Déposer une *petite* goutte de sang du patient sur les **deux puits côté patient** (gauche), ensuite déposer une goutte sur les deux puits côté CGR (côté droit) avec la nouille du CGR et le capuchon de transfert

3. Remplir les 4 puits jusqu'en haut avec la solution WS **après absorption totale du sang.**

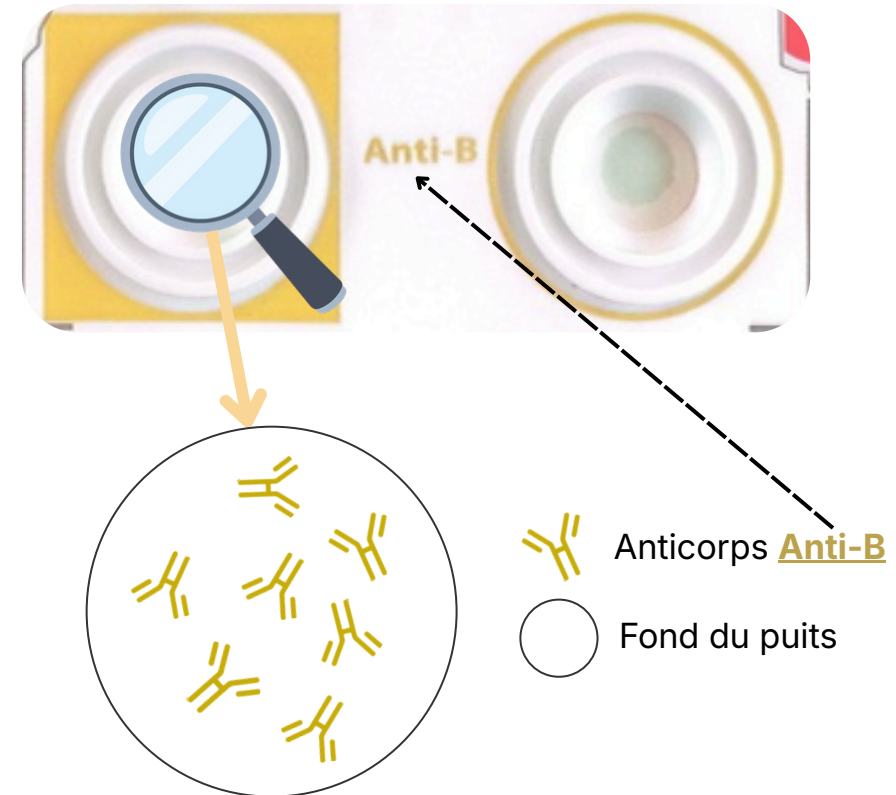
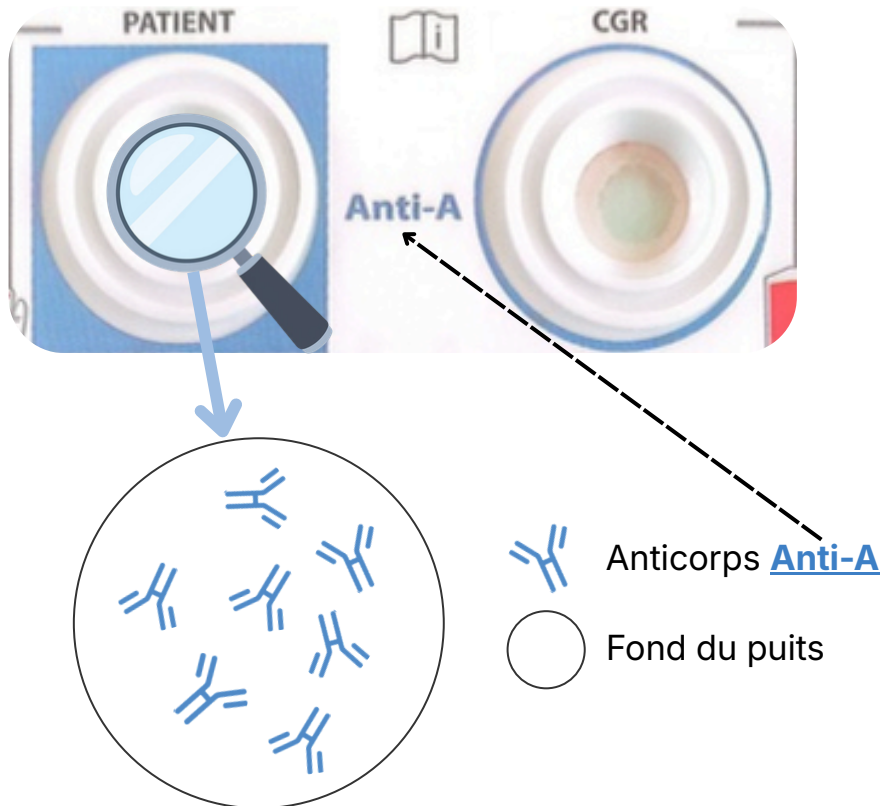
4. Interpréter (page suivante)

Contrôle ultime pré-transfusionnel

Partie 4 e (ABTest Card®).

Données utiles

Au fond des puits sont présents des **anticorps lyophilisés** (séchés), qui sont activés grâce à la solution WS.

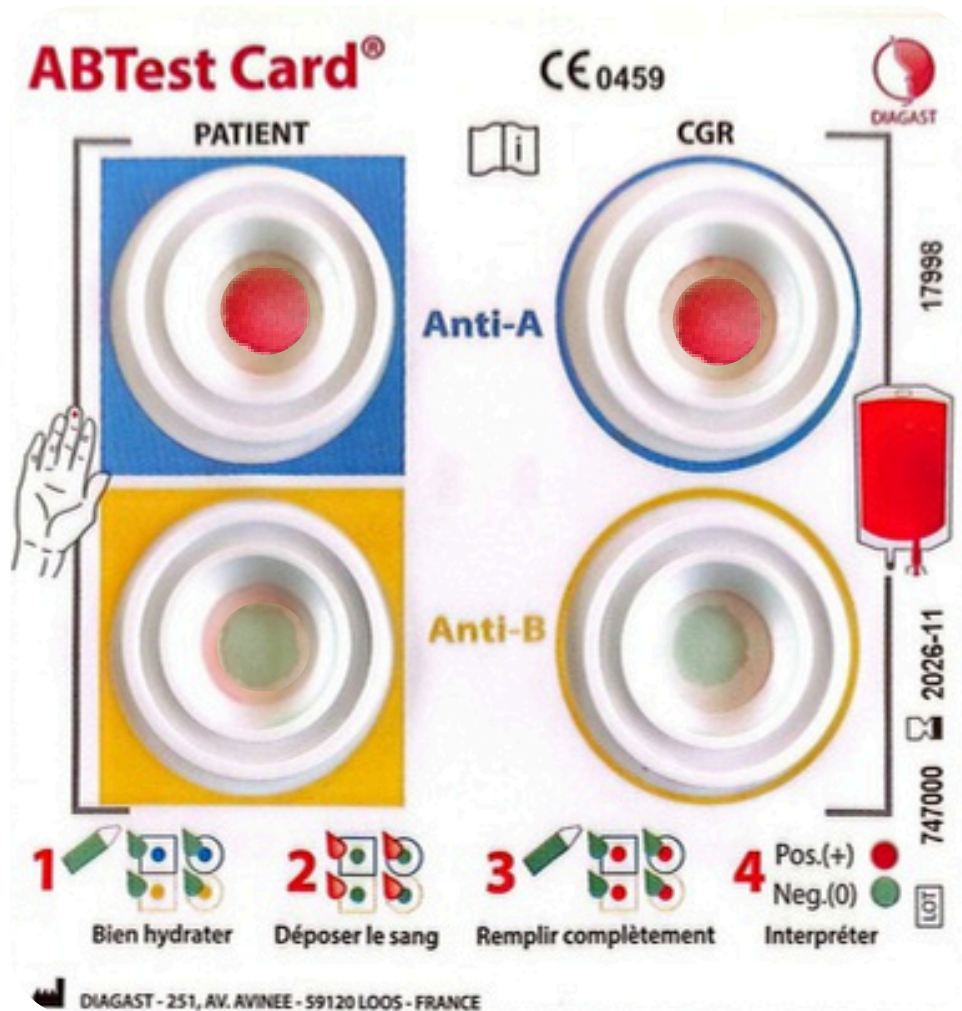


En déposant une goutte de sang, une **réaction positive** sera l'**hémolyse** : les anticorps vont s'agglutiner avec les antigènes qu'ils "attaquent". Par exemple, les **anticorps anti-A** vont s'agglutiner aux **antigènes A**, et ainsi créer une hémolyse, la **réaction sera positive** (trace de la goutte de sang rouge au fond du puits) et signifiera la **présence d'antigènes A** dans le sang déposé.

Contrôle ultime pré-transfusionnel

Partie 4 f (ABTest Card®)

Exemple de transfusion

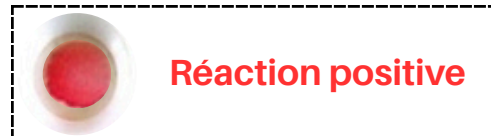


Exemple d'interprétation

1. Il existe une **réaction positive** entre le sang du patient et les anticorps anti-A, signifiant la présence d'antigènes A dans le sang du patient.
2. Il existe une **réaction négative** entre le sang du patient et les anticorps anti-B, signifiant l'absence d'antigènes B dans le sang du patient.
3. Il existe une **réaction positive** entre le sang du CGR et les anticorps anti-A, signifiant la présence d'antigènes A dans le sang du CGR.
4. Il existe une **réaction négative** entre le sang du CGR et les anticorps anti-B, signifiant l'absence d'antigènes B dans le sang du CGR.

Lecture horizontale

1. Le CGR apporte des **antigènes A** (réaction positive) à un patient qui a **déjà** des **antigènes A** (réaction positive)
2. Le CGR **n'apporte pas** d'**antigènes B** (réaction négative) à un patient **n'a pas** d'**antigènes B** (réaction négative)

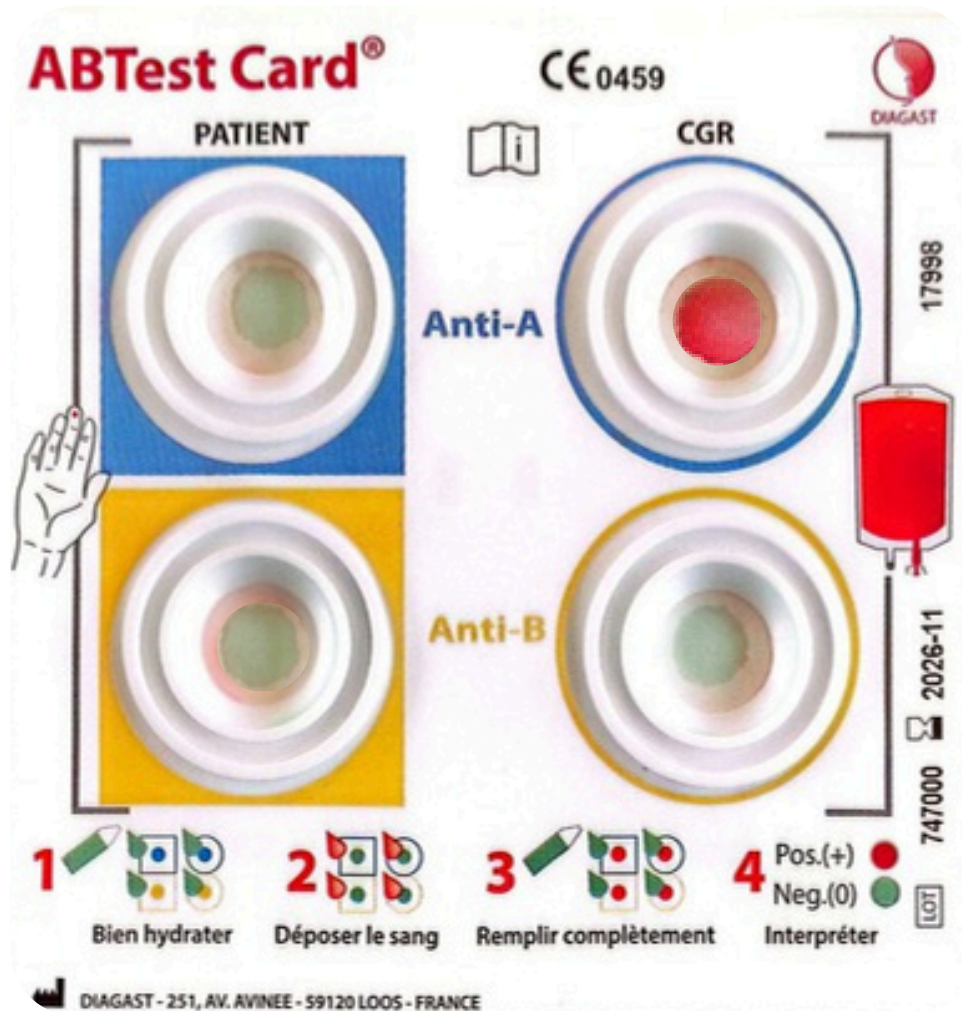


Nous pouvons transfuser car : nous n'apportons aucun antigène exogène étranger au sang du patient.

Contrôle ultime pré-transfusionnel

Partie 4 g (ABTest Card®)

Exemple de non-transfu



Exemple d'interprétation

- Il existe une **réaction négative** entre le sang du patient et les anticorps anti-A, signifiant l'absence d'antigènes A dans le sang du patient.
- Il existe une **réaction négative** entre le sang du patient et les anticorps anti-B, signifiant l'absence d'antigènes B dans le sang du patient.
- Il existe une **réaction positive** entre le sang du CGR et les anticorps anti-A, signifiant la présence d'antigènes A dans le sang du CGR.
- Il existe une **réaction négative** entre le sang du CGR et les anticorps anti-B, signifiant l'absence d'antigènes B dans le sang du CGR.

Lecture horizontale

- Le CGR apporte des **antigènes A** (réaction positive) à un patient qui **n'a pas** d'antigènes A (réaction négative)
- Le CGR **n'apporte pas** d'antigènes B (réaction négative) à un patient qui **n'a pas** d'antigènes B (réaction négative)

Nous ne pouvons pas transfuser car : nous apportons des antigènes A exogènes étrangers au sang du patient.



Traçabilité

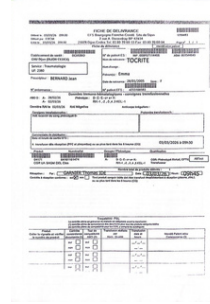
Partie 5 a (Traçabilité)

Vous avez transfusé ?

1. Le renseigner sur le **dossier transfusionnel patient** (tableau page 3)



2. Le renseigner sur la ligne associée de la **FDN** (bien remplir toutes les cases correctement)

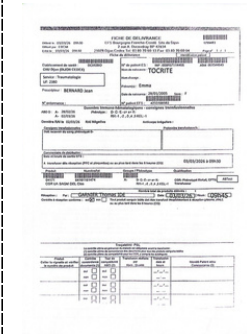


3. Si il existe un logiciel (type DxCare) le noter en transmission ou dans l'espace approprié

Vous n'avez pas transfusé ?

1. Contacter le médecin pour le prévenir que la transfusion n'a pas pu avoir lieu (il/elle va adapter une PM ou autre)

2. Remplir la **FDN** en notant "Non transfusé" dans l'heure, et dans le commentaire noter la raison (**incompatibilité ABO**, etc...)



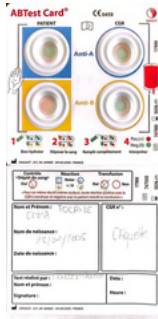
3. Contacter l'EFS pour potentiellement renvoyer le PSL

Traçabilité

Partie 5 b (Post-transfu)

Vous avez transfusé ?

1. Conserver au moins 4 h l'ABTest Card dans le **sac orange**, une fois cette dernière remplie (fiche collante à remplir avec le résultat et l'étiquette du patient puis l'étiquette CGR)



2. Une fois le CGR passé, le conserver au moins 4 h dans le **sac orange** après avoir fait un noeud aux deux extrémités de la tubulure.

Vous n'avez pas transfusé ?

1. Conserver au moins 4 h l'ABTest Card en tant que preuve si c'est la cause de la non-transfusion

Conserver au moins **4 h** le sac orange au pied du lit du patient avec :

- ABTest Card
- PSL (et tubulure avec noeuds)

Surveillance post-transfusionnelle

Partie 6 a (Risques transfu).

Réaction infectieuse

- Fièvre > 39°C
- Sueurs
- Frissons intenses
- Hypotension sévère (choc septique)
- Tachycardie
- Nausées, vomissements

Réaction immunologique / allergique

Risques associés :
Choc anaphylactique
Hémolyse

- Douleurs lombaires intenses
- Fièvre + frissons (non systémique en réaction allergique)
- Urines rouge foncé (hémoglobinurie)
- Hypotension (état de choc)
- Douleur au site de perfusion
- Urticaire, prurit, œdème de Quincke
- Bronchospasme, dyspnée
- Chute de la PAS ≥ 30 mmHg
- Tachycardie

Réaction de surcharge volémique

Risques associés :
OAP

- Dyspnée + orthopnée (OAP)
- Hypertension artérielle (\uparrow PAS)
- Tachycardie
- Crépitants bilatéraux
- SpO₂ en baisse

Surveillance post-transfusionnelle

Partie 6 b (Rôle propre).

Réaction infectieuse

- Stop transfusion
- Appeler le médecin/interne
- Prendre T°, TA, FC, FR, SpO₂ en urgence et les noter avec l'heure précise
- Installer le patient en position confortable et rassurante, couvrir si frissons
- Suggérer de prélever des hémocultures
- Poser/rincer la VVP
- Mettre de côté le PSL complet (poche + tubulure + documents) pour bactériologie
- Fiche hémovigilance

Réaction immunologique / allergique

- Stop transfusion
- Appeler le médecin/interne
- Prendre T°, TA, FC, FR, SpO₂ et les noter avec l'heure précise
- Si hypotension : allongé jambes surélevées
- Si prescrit : O₂ avec masque HC
- Poser/rincer la VVP
- Voir suivant les prescriptions (potentielle adrénaline si prescrit, etc...)
- Déclaration hémovigilance

Réaction de surcharge volémique

- Stop transfusion
- Appeler le médecin/interne
- Prendre T°, TA, FC, FR, SpO₂ et les noter avec l'heure précise
- Position demi-assise
- Préparer l'O₂
- Poser/rincer la VVP