

# TRANSFUSION et GESTION DU SAIGNEMENT

Journées Picardes d'Anesthésie  
16 juin 2010 - J.Coyot - IADE

# Quand transfuser ?

- ▶ Éléments cliniques précédemment évoqués ( seuil transfusionnel Hb, Hte...)
- ▶ *L'estimation de la vitesse de saignement*
- ▶ La *tolérance clinique* du patient au saignement
- *Rôle prépondérant de l'IADÉ dans ces appréciations qui constituent des éléments essentiels de la décision, plus qu'une notion de valeur absolue de seuil transfusionnel.*



# Quand transfuser ?(2)

- ▶ Le pronostic tient autant au choc hypovolémique qu'à l'anémie: ***Pas de retard dans le remplissage***

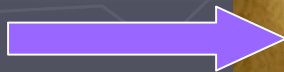
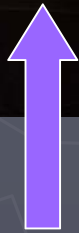
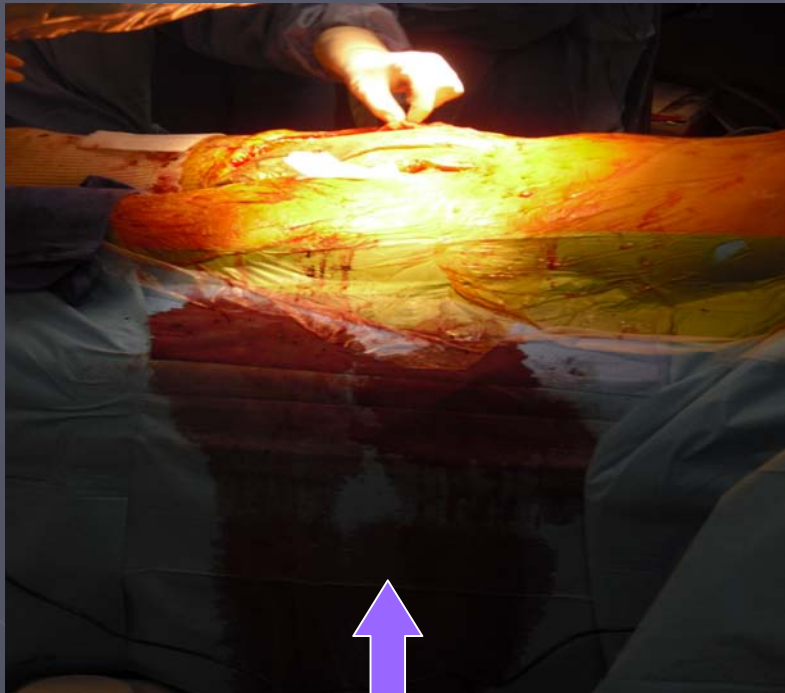
Accès veineux si possible réservé à la transfusion (16 ou 18 G) en dérivation sur du sérum physiologique. Permet dans un premier temps de compenser les pertes.

Dispositif de réchauffement et accélérateur de perfusion (Level one®) en place.

# L'estimation des pertes présentes et à venir...

- ▶ Connaissance de la chirurgie et de ses risques hémorragiques
- ▶ Surveillance: bouches d'aspiration, compte de compresses imbibées...
- ▶ Prise en compte de pertes parfois non extériorisées





# « Pourquoi c'est toujours moi qui transfuse ? »

- ▶ Aisé de se tenir à des seuils d'Hb bas en per-op mais peut augmenter le recours à la transfusion en post-op où la surveillance en service reste moins aisée. Complications évitables.



# La place de l'IADE dans la stratégie transfusionnelle



# Les prélèvements

- ▶ Groupe sanguin: 2 déterminations par 2 opérateurs différents à 2 moments distincts.
- ▶ En règle générale, au moins une des déterminations aura été faite en pré-op, le + souvent aux urgences.



RECEPTION EFS  
Date et heure



Etablissement Français du Sang – Nord de France  
LABORATOIRE D'IMMUNO-HEMATOLOGIE – Site d'Amiens

Tél : Laboratoire : 03 28 54 78 30    Distribution : 03 28 54 78 04    Fax : 03 28 54 78 35  
03 28 54 78 31    03 28 54 78 18    03 28 54 78 10

**DEMANDE D'EXAMEN**

Etablissement demandeur .....	Prescripteur (Nom, prénom) : .....
Service (Code client, U.F.) .....	Date et Signature (obligatoire) : .....
Téléphone (important) .....	

**PERSONNE AYANT EFFECTUE LE PRELEVEMENT** (Obligatoire pour tout groupage sanguin : Circ. DGS 3B/552 du 17/05/85)

Nom, prénom(s) .....	Date et heure de prélèvement : .....
Qualité .....	..... à .....h.....
	Signature (obligatoire) : .....

**IDENTITE DU PATIENT** (Coller de préférence l'étiquette malade)

Nom .....	ETIQUETTE MALADE	NUMÉRO D'EXAMEN DU CTS
Nom de J.F. ....		
Prénom(s) .....		
Né(e) le .....		
Sexe .....	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

**COCHER LES EXAMENS DEMANDES** (joindre les documents IH en possession du patient)

Groupe - Phénotype Rhésus - Kell	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> Détermination..... <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> Détermination.....	<b>Examen URGENT OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></b> si OUI, résultats à faxer au : - N° : .....
RAI.....		
Test de coombs direct.....		• Bloc prévu le : ..... à .....
Autres phénotypes érythrocytaires : .....		• Transfusion prévue le : ..... à .....
Anti D résiduel : .....		• Consultation pré-anesthésique : - Hospitalisation prévue le : .....
Titrage d'anticorps immuns : .....		

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES INDISPENSABLES**

<b>Transfusions antérieures</b> : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>Signaler</b>
Date de la dernière : .....	Grossesses antérieures(nombre) : .....
Réactions éventuelles : .....	Si grossesse en cours, terme prévu le : .....
	Injection de gammaglobulines anti D le : .....

**Prélèvement**

Prélever systématiquement **un tube sec de 10 ml** et **un tube EDTA de 5 ou 7 ml**.  
Un prélèvement inadapté ou mal identifié peut empêcher de réaliser l'examen.

▶ Vérifier les RAI: < 72 h ou 21 j si RAI toujours connues négatives et pas d'événement immunisant dans les 6 mois (transfu., vaccin, grossesse, greffe)

❖ *Arrêté du 10 sept. 2003*

- ▶ Prescription des 2 déter. et RAI en CPA quand le risque transfusionnel est avéré.
- ▶ Contrôle de RAI à la VPA que si RAI positives ou <21J mais transfu. ou évènement immunisant.

# Nouveaux tubes de prélèvement sur le CHU:

**Système de prélèvement de sang BD Vacutainer®**

**Correspondance des TUBES À PRÉLÈVEMENT DE SANG**

Ancien code couleur	Nouveau code couleur BD Vacutainer®
	<b>362725 Tube neutre</b> (sans additif) - Pour purge 13 x 75 mm - vide 3 ml
	<b>363047 Citrate 9N</b> 13 x 75 mm
	<b>363048 Citrate 9N</b> 13 x 75 mm - vide 2,7 ml
	<b>368492 Silice (CAT)</b> 13 x 75 mm - vide 2 ml
	<b>369032 Silice (CAT)</b> 13 x 75 mm
	<b>368815 Silice (CAT)</b> 13 x 100 mm - vide 6 ml
	<b>367177 Silice (CAT)</b> 13 x 75 mm
	<b>368968 Silice + Séparateur (SS1)</b> 13 x 100 mm - vide 5 ml - <b>Virologie</b>
	<b>194 Héparine Lithium (LH)</b> 13 x 75 mm
	<b>368884 Héparine Lithium (LH)</b> 13 x 75 mm - vide 4 ml
	<b>367836 EDTA K2 (K2E)</b> 13 x 75 mm - vide 2 ml
	<b>368884 EDTA K2 (K2E)</b> 13 x 75 mm
	<b>367864 EDTA K2 (K2E)</b> 13 x 75 mm - vide 4 ml
	<b>366164 EDTA K2 (K2E)</b> 13 x 75 mm - vide 4 ml - Bouchon rose - Pour test BNP
	<b>Glucose FE</b>
	<b>Citrate 4NC - VS Sedivette</b> 3,5 ml
	<b>368920 Fluorure/Oxalate (FX)</b> 13 x 75 mm - vide 2 ml
	<b>366676 Citrate 4NC - VS BD Sedivette™</b> 1,8 ml

**Correspondance des DISPOSITIFS POUR ACCÈS VEINEUX**

Ancien matériel	Nouveau matériel BD Vacutainer®
 Aiguille Sarstedt 21G Vert	<b>Aiguille Sécurité BD Eclipse™</b> 21G Vert, réf. 368809
 Unité Pro-Active BD 21G sans adaptateur, ailettes Vert, réf. 367326	<b>Unité Pro-Active BD</b> 21G avec ailettes Vert, réf. 367338
 Unité Pro-Active BD 23G sans adaptateur, ailettes Bleu, réf. 367324	<b>Unité Pro-Active BD</b> 23G avec adaptateur ailettes Bleu, réf. 367336
 Unité Pro-Active BD 25G sans adaptateur, ailettes Bleu Roi, réf. 367323	<b>Unité Pro-Active BD</b> 21G avec adaptateur ailettes Bleu Roi, réf. 367335
 Adaptateur cône Luer, Sarstedt	<b>Adaptateur cône Luer</b> , prélèvement sur cathéter, réf. 367300

Corps de prélèvement usage unique, réf. 364815.  
 Si prélèvement de flacon hémoculture, utiliser le corps de prélèvement bioMérieux.

BD, le logo BD et toutes les autres marques sont la propriété de Becton, Dickinson & Company. Modèles et illustrations sont des marques de Becton, Dickinson & Co.

MAI 2010

EN COLLABORATION AVEC

# Le Monitoring

- ▶ TA et fréquence cardiaque peu fiables pour estimer les pertes chez sujet anesthésié. (KT radial tjs préférable sur choc hémorragique)
- ▶ Utilisation de l'hémoglobimètre (Hémocue) afin de suivre l'évolution de l'Hb au décours de l'intervention (valeurs consignées). 2 valeurs relevées afin de faire une moyenne.
- ▶ Monitoring du ST : visualisation souffrance myocardique (coronarien, patho cardiaque)
- ▶ Mesure (SvO<sub>2</sub>): estimation réserve d'extraction en O<sub>2</sub>. (patho cardiaque ou Hb < 7g/dl).
- ▶ Lactates sanguins: souffrance tissulaire ischémique, anémie profonde.



# ORDONNANCE DE PRODUITS SANGUINS LABILES

Volet 1 : Commande à envoyer à l'EFS

# Que faire des 3 feuilletts

## ▶ 3 feuilletts :

✓ - 1<sup>er</sup> commande (faxer à l'efs)

✓ - 2<sup>nd</sup> distribution (à remettre à l'agent qui va chercher culots)

✓ - 3<sup>e</sup> conservé dans dossier transfusionnel

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR	SERVICE
NOM :	NOM	N° UF :
NOM de JF :		
PRENOM :	PRENOM	TEL :
Date de Naissance :	SIGNATURE	DATE ET HEURE DE LA DEMANDE (obligatoire) :
SEXE :		

COCHER LE DEGRE D'URGENCE (sous la responsabilité du médecin prescripteur) **Attention au temps de transport !**

<input type="checkbox"/> <b>URGENCE VITALE IMMEDIATE</b> Délivrance immédiate Possible sans groupe sans RAI	<input type="checkbox"/> <b>URGENCE VITALE</b> Délivrance < 30 mn Groupe valide obligatoire mais possible sans RAI	<input type="checkbox"/> <b>URGENCE RELATIVE</b> Délivrance 2 à 3 h	<input type="checkbox"/> <b>NON URGENT</b> Par défaut si rien de coché Groupe + RAI valides obligatoires
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### ANTECEDENTS :

TRANSFUSION    RAI POSITIVE    GROSSESSE    ALLERGIE   AUTRES :

### INDICATION THERAPEUTIQUE DE LA TRANSFUSION :

Concentrés de Globules Rouges	Concentrés de Plaquettes	Plasma Frais Congelé
<input type="checkbox"/> Commande ferme Quantité : ..... <input type="checkbox"/> A Garder à l'EFS Quantité : .....	Quantité ..... <b>10<sup>11</sup> plaquettes</b> (rappel : 1U = 0,5 10 <sup>11</sup> plaquettes) <input type="checkbox"/> Concentrés d'aphérèse <input type="checkbox"/> Concentrés standard	Quantité..... <input type="checkbox"/> Plasma Viro atténué <input type="checkbox"/> Plasma Sécurisé (Bleu Méthylène)
<b>Qualifications :</b> <input type="checkbox"/> Phénotypé RH KEL <input type="checkbox"/> Compatibilisé <input type="checkbox"/> CMV négatif <input type="checkbox"/> Irradié <input type="checkbox"/> Autres  <input type="checkbox"/> CGR autologues	<b>Qualifications :</b> <input type="checkbox"/> CMV négatif <input type="checkbox"/> Irradié <input type="checkbox"/> Autres  <b>MENTIONS OBLIGATOIRES:</b> <b>Numération plaquettaire</b> (chiffre et date) :  Poids du patient :	<b>Indications thérapeutiques :</b> (obligatoire) <input type="checkbox"/> Hémorragie aigue <input type="checkbox"/> Coagulopathie de consommation <input type="checkbox"/> Déficit en facteurs de coagulation <input type="checkbox"/> Autres :

Pour les PSL en Commande Ferme : Date et Heure prévues pour la transfusion

<input type="checkbox"/> Dès réception	<input type="checkbox"/> Prévu le : <u>heure</u> :	<input type="checkbox"/> A envoyer en containers (procédure strictement réservée à certains services)
----------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

### CADRE RESERVE A L'EFS

Nom et prénom du médecin ayant modifié la prescription initiale ou demandé la délivrance des PSL gardés à l'EFS

# Quantité à transfuser

- ▶ Formule complexe, on retiendra : 1 CG augmente l'Hb de 0,7g/dl pour 1 homme de 90 kgs et de 1,4g/dl pour une femme de 50 kgs.
- ▶ Enfant 3-4ml/kg de GR augmentent l'Hb d'1 g/dl

# La réception des PSL

- ▶ Se fera dans la mesure du possible dans un lieu dédié à cet effet et par un membre de l'équipe d'anesthésie ayant pris en charge le patient.
- ▶ Permet de vérifier:
  - ✓ Le contenu de la commande, qualification, numéro de lot et date de péremption.
  - ✓ Identité du receveur
  - ✓ Intégrité des poches et de l'emballage, du maintien dans des pochettes isothermes.
  - ✓ S'identifier (nom, qualification), noter la date et l'heure et enfin signer.



# Le CPTU

- ▶ Contrôle ultime pré-transfusionnel : indispensable **même, et surtout dans les situations d'urgence.**
- ▶ Chaque nouvel arrivant au CHU bénéficiera d'une mise au point sur le matériel utilisé et la réalisation de ce contrôle.



# Vitesse de transfusion

- ▶ Adulte: 10-15mL/min soit 1 CG en 20 min.
- ▶ Nouveau-né: 3-15 mL/Kg/h
- ▶ Vitesse max. limitée par les moyens (pompe, calibre KT) et par les effets délétères : hémodynamiques (OAP), hyperK<sup>+</sup>, hypoT° (réchauffement de cg /matériel à thermostat indispensable).
- ▶ Voie centrale avec PVC peut aider à estimer le remplissage (avec circonspection !!! )

# Facteurs organisationnels

- ▶ Savoir présumer du délai d'attente en cas de commande en fonction du site transfusionnel. Différent sur le CHU que l'on soit au Nord, au Sud ou au CGO...  
Différent que l'on soit en périphérie ou que l'on ait un EFS sur site...
- ▶ Déterminer le degré d'urgence
- ▶ Algorithme décisionnel fct du degré d'urgence

# Les 3 degrés d'urgence:

- ▶ Urgence vitale immédiate : distribution sans délai, sans groupe, ni RAI mais prélèvement sg avt transfusion. Prescription mentionne l'urgence vitale.
- ▶ Urgence vitale: obtention des GR<30min ; Gpe conforme éventuellement sans RAI.
- ▶ Urgence relative : Temps disponible de 2-3 heures. Examens immuno-hémato réalisés, isogroupe, RAI, compa. si besoin.

❖ *Recommandations AFSSAPS Août 2002*

# Les tubulures :

- ▶ Blood pump, tubulure à sang, tubulure à plaquettes ...



# La transfusion de PFC et de plaquettes

- Transfusion de PFC si association d'une hémorragie ou d'un geste hémorragique et d'une anomalie profonde de l'hémostase définie par :  
Fibrinogène <1g/L, TP<40%, TCA>1,5-1,8Témoin
- Transfusion de plaquettes si <50000/mm<sup>3</sup>  
(100000/mm<sup>3</sup> trauma crânien)

\* Cf conférence d'actualisation 2003 D.Benhamou

\* Arrêté du 3 déc.1991

# Transfusion massive

## ► Définition de la transfusion massive

- Remplacement de la perte  $> 1$  MS en moins de 24 h
- Ou remplacement de la perte de  $+ de 50\%$  de la MS en moins de 3 h
- Ou débit du saignement  $> 150$  ml/min

## ► Restauration MS et contrôle hémostasie

## ► Plaquettes si saignement $> 2$ MS

- Documenter le trouble d'hémostasie qui surviendrait au-delà d'1,5 MS.

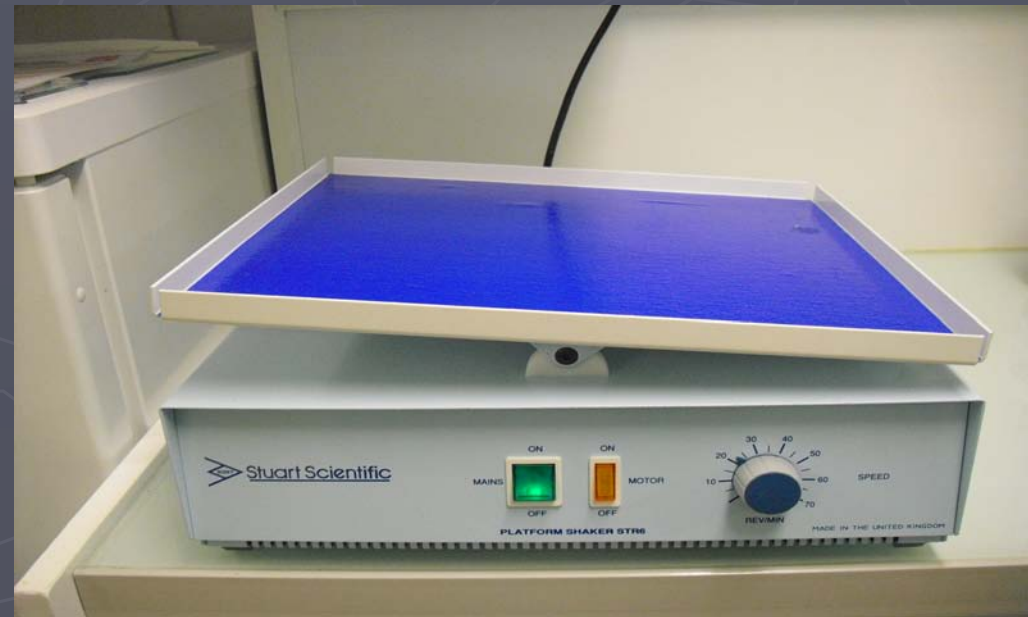
# A retenir ...

- ▶ Anticipation fondée sur la prévision du débit de l'hémorragie et sur la logistique du circuit des examens et de distribution, d'acheminement des PSL.
- ▶ L'anémie est d'autant mieux tolérée que le remplissage vasculaire est adapté (maintien de la volémie)
- ▶ Monitoring régulier de l'Hb et de la tolérance à l'anémie.
- ▶ Si intolérance, stratégie d'anticipation primordiale tenant compte des facteurs chirurgicaux et d'organisation.



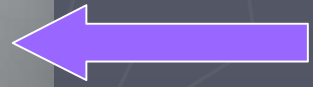
# Concentrés de plaquettes

- ▶ Les plaquettes à réception seront positionnées sur l'agitateur à plaquettes
- ▶ Attention +++ à l'identité du patient, confusion possible.



# Quelques mots sur les dépôts d'urgence vitale :

- ▶ Pour les sites éloignés de l'EFS
- ▶ Réfrigérateur (à usage exclusif des PSL) fermé à clefs et muni d'un « mouchard » de température.
- ▶ Munis d'une dotation: CGR O+ et O-



- ▶ PSL munis d'une pile bouton, véritable « mémoire », permettant à l'efs de les récupérer et de les utiliser avant date de péremption si conditions de conservation respectées.



- 3 documents:
- ▶ L'ordonnance afin de renouveler les stocks
- ▶ Le bordereau de traçabilité à restituer à l'efs
- ▶ Le rapport d'utilisation



CHU Amiens

**ORDONNANCE**

RESERVE D'URGENCE VITALE - GROUPE HOSPITALIER SUD

Transfusion sans RAI à la demande expresse du Docteur \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Tampon du service

Etiquette du patient **Nom :** \_\_\_\_\_ **Nom de JF :** \_\_\_\_\_  
**OU Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** \_\_\_\_\_

**Produits demandés**  
(Cocher la case correspondant au nombre souhaité)

<b>CBR O+</b>	[ ] 11	<b>CBR O-</b>	[ ] 11
	[ ] 12		[ ] 12
	[ ] 13		[ ] 13
	[ ] 14		[ ] 14

NE PAS OUBLIER DE :  
DE LA TRANSFUSION

INDICATION \_\_\_\_\_  
 SERVICE \_\_\_\_\_  
 NOM DU PRESCRIPTEUR \_\_\_\_\_  
 GROUPE ABO D KELL \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 PRENOM \_\_\_\_\_  
 NOM MARITAL \_\_\_\_\_  
 NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 DATE ET HEURE D'UTILISATION \_\_\_\_\_

INDICATION \_\_\_\_\_  
 SERVICE \_\_\_\_\_  
 NOM DU PRESCRIPTEUR \_\_\_\_\_  
 GROUPE ABO D KELL \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 PRENOM \_\_\_\_\_  
 NOM MARITAL \_\_\_\_\_  
 NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 DATE ET HEURE D'UTILISATION \_\_\_\_\_

INDICATION \_\_\_\_\_  
 SERVICE \_\_\_\_\_  
 NOM DU PRESCRIPTEUR \_\_\_\_\_  
 GROUPE ABO D KELL \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 PRENOM \_\_\_\_\_  
 NOM MARITAL \_\_\_\_\_  
 NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 DATE ET HEURE D'UTILISATION \_\_\_\_\_

EPS Nord de France distribution Site d'Amiens | **Bordereau manuel de traçabilité de la transfusion** | A 04 3 30 40 EN 02002 | 10/05/08

**DOCUMENT A RETOURNER COMPLETE A L'UNITE D'HEMOVIGILANCE URGENCE VITALE**

NOM \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_  
 PRENOM \_\_\_\_\_ HEURE : \_\_\_\_\_  
 NE (D) Le \_\_\_\_\_ SERVICE : \_\_\_\_\_  
 SEXE :  F  M POSTE : \_\_\_\_\_  
 NUMERO \_\_\_\_\_

Produit n° de don / N° de lot	Coller Etiquette Code Barre	Confirmation Identifié Patient	Confirmation Transfusion	Personne qui débouche la transfusion	Réaction intolérance
04171			Oui* Non*	Nom et prénom	Oui* Non*
			Date et heure	Nom et prénom	Oui* Non*
			Oui* Non*	Nom et prénom	Oui* Non*
			Date et heure	Nom et prénom	Oui* Non*
			Oui* Non*	Nom et prénom	Oui* Non*
			Date et heure	Nom et prénom	Oui* Non*
			Oui* Non*	Nom et prénom	Oui* Non*
			Date et heure	Nom et prénom	Oui* Non*

REACTION (S) LIÉES A LA TRANSFUSION :  Oui  Non  
 Si oui : - angioedème - prurit - oligoanurie - dyspnée  
 - maux de tête - tachycardie - frissons - hyperthermie  
 - douleurs - éruption - fièvre - autres fièvres

PREMEDICATION :  Oui  Non  
 Si oui : - corticoïdes - polyanesthésiques - autres

*La régularisation informatique sera effectuée dans les meilleurs délais et adressée au service concerné*

(\*) Entourer la réponse retenue  
 (\*\*) Si le produit n'a pas été transfusé : produit retenu et date de retour

# Les solutions alternatives...

- ▶ La transfusion autologue programmée.
- ▶ La récupération pré, per et post-op avec lavage et centrifugation:



# Les solutions alternatives...(2)

- ▶ Les indications et contre-indications définies de façon précise
- ▶ 8 modèles de récupérateurs en France, 4 fournisseurs et 2 retenus sur le CHU (Cats de Fresenius® et Cell saver d'haemonetics®)
- ▶ Nécessite une procédure (circulaire DGS/DH/AFS 1997)

# Cell Saver 5

## Contre-indications

**Absolues:** état septique, Chirurgie néoplasique  
**Relatives:** ciment, colle biologique



Interrupteur mise en route  
coté droit  
Démarrage de l'autotest

①

## Séquence de montage

- ① Branchement, mise en route
- ② Installation du réservoir de récupération et raccordement au vide mural
- ③ Préparation de l'anticoagulant  
Montage de la ligne d'aspiration  
Mise en place du bol de centrifugation
- ④ Mise en place des tubulures
- ⑤ Branchement des différentes lignes selon le code couleur
- ⑥

②  
Installer le réservoir  
Brancher vide mural sur  
BOUCHON JAUNE  
Clamper BOUCHON ROUGE



③  
Préparation de l'héparine  
Donner stérilement la ligne d'aspiration  
La connecter à l'un des bouchons bleus  
du réservoir



④  
Montage du bol de centrifugation  
Tourner le bouton de verrouillage du bol sans forcer



ASSUREZ VOUS DE LA ROTATION DU BOL SANS FROTTEMENT!

FAIRE COULER  
150 ml  
DE SOLUTION HEPARINE POUR  
L'AMORCAGE

⑤ & ⑥

Placer la tubulure dans le détecteur de bulle (1)  
verrouiller le clamp basculant (2)  
asculer le clamp sur les tubulures (3)

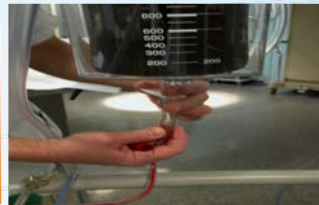


verrouiller (4)

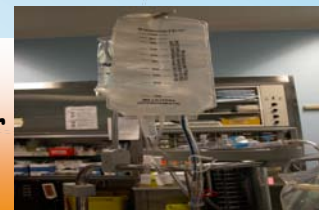
Connecter la  
LIGNE JAUNE  
sur la poche de lavage



Connecter la  
LIGNE ROUGE  
sous le réservoir  
et retirer le  
clamp!



Fermer les deux petits  
clamps sous la poche de  
retransfusion, le clamp  
de la ligne bleue doit  
rester ouvert !

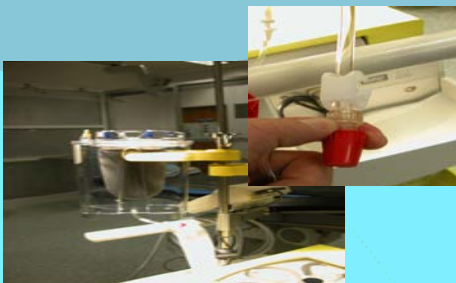


Départ



# MODE D'EMPLOI ABREGE DU

# CATS<sup>plus</sup>



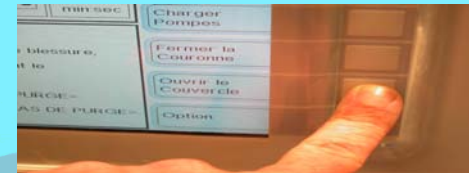
Placer le réservoir de recueil dans le support, fermer le clamp blanc



Brancher le vide mural sur le bouchon jaune et la tubulure d'aspiration sur le bleu



Mettre le CATS sous tension (MODE STANDARD par défaut)



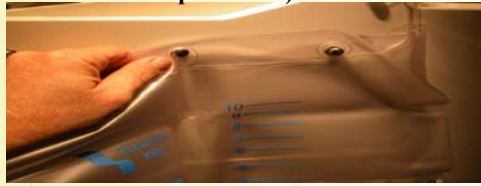
Ouvrir le couvercle



Présenter le kit de lavage sur le CATS ouvert, couronne à gauche



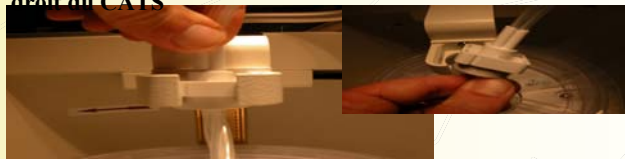
Poche de réinjection du CGR sur la potence à droite



Poche de recueil des déchets sur le côté droit du CATS



Glisser la couronne dans son support, tuyaux vers le bas et face à vous !



Clipper le petit support de tubulure avec l'encoche vers vous. «LA COURONNE» (sur le support).



Positionner le corps de pompe sur l'ergot. Appuyer sur «POMPES»



Raccorder la tubulure de lavage



Raccorder la tubulure à clamp rouge sur le réservoir de recueil



Préparer 500ml de NaCl avec 15000 UI d'héparine.  
Faire couler 250ml dans le réservoir de recueil !

Appuyer sur «»  
CATS EST PRÊT !

**FEUILLE DE TRACABILITE DE L'HEMOVIGILANCE**

DEPARTEMENT D'ANESTHESIE  
COMPTE RENDU D'AUTOTRANSFUSION

Nom Prénoms	Date	N° de Dossier	Intensivité
Motif de l'acte	Service	Chirurgie	
Praticien	Collège	Adresse	
N° de la transfusion			
N° de la transfusion			
N° de la transfusion			
N° de la transfusion			

N° de la transfusion: \_\_\_\_\_

Héparine: 20000 UI

Qualité:  Oui  Non

**Départ**

# Points sensibles...

- ▶ Liste de pers. habilitées à employer le récupérateur et formation nécessaire (CSTH ou CME)
- ▶ Contrôles de qualité biologique régulièrement pratiqués: dosage de l'Hb libre, Hte, culture bactériologique et dosage des protéines.

❖ Aspect législatif de la RSPO -HAS- Juillet 2006

# Conclusion

- ▶ Maîtrise des règles et techniques propres à la transfusion : connaissance tant du matériel que de la législation.
- ▶ Procédures respectées aussi, et surtout en cas d'urgence (garde-fou)
- ▶ Les procédures se doivent d'être facilement applicables afin de pouvoir être respectées