

[lien sur Technique de soins complète](#) (ctrl+click)

1. Commande

- ☒ S'informer sur les antécédents transfusionnels du patient
- ☒ Si le patient est inconnu du LIHT (Labo Immuno-hématologie transfusionnel) : faire 2 prélèvements (sauf exception par deux personnes différentes) pour déterminer le groupe et la compatibilité
- ☒ Types de transfusions : s'assurer auprès du médecin du type de transfusion à commander
 - **Concentrés érythrocytaires (CE)** irradiés ou non : lors de diminution du taux d'hémoglobine et donc de transporteurs d'oxygène comme c'est le cas en cas d'anémie aiguë ou d'anémie chronique symptomatique. (toujours irradié pour les cas d'onco)
 - **Plasma frais congelé (PFC)** : déficit en facteurs de coagulation globaux ou spécifiques mais non corrigibles par des produits pharmaceutiques spécifiques (concentrés en facteurs de coagulation spécifiques, médicaments recombinants) associés à un saignement actif.
 - **Concentrés plaquettaires (CP)** : diminution sévère du nombre de plaquettes en cas de thrombopénie, hémorragie aiguë en présence d'antiagrégants plaquettaires, de thrombopathies selon prescription médicale.

2. Avant la transfusion

- ☒ Les poches
 - Contrôler la correspondance entre le bon de livraison et le bon de commande
 - Contrôler la date de péremption des PSL (Produit Sanguin Labile)
 - Contrôler la validité de la RAI sur le rapport transfusionnel
 - Contrôler la conformité entre les différents documents
 - Contrôler l'intégrité de la poche de sang
 - Bien mélanger le culot en le retournant fond sur fond
 - **Effectuer le test pré-transfusionnel au lit du patient** (marche à suivre à l'intérieur du kit)
- ☒ Patient
 - Contrôler les signes vitaux
 - Contrôler l'identité du patient – Bracelet patient (Nom – Prénom – Date de naissance)
 - Contrôler le groupe ABO et Rhésus
 - Contrôler le numéro de PSL(Produit Sanguin Labile)

3. Pendant la transfusion

- ☒ Surveillance
 - Rapprochée pendant les 15 premières minutes (T° – FC – TA – FR – état du patient – coloration de la peau – confort du patient) (rester auprès du patient)
 - Puis aux 15 min jusqu'à la fin de la transfusion (temps de transfusion de 1h30 à 4h)
- ☒ Précautions
 - Changer la tubulure après chaque culot
 - Remplir la chambre du stilligoutte jusqu'au repère situé au dessous (filtre au box 10)
 - La pompe à sang se trouve en Med A1
- ☒ Arrêter la transfusion en cas de réaction transfusionnelle (cf verso)

4. Après la transfusion

- ☒ En ambulatoire : surveiller le patient au moins 1h après la fin de la transfusion.
- ☒ Sang
 - Garder pendant 24h la poche de sang obstruée avec un bouchon luerlock dans un sachet individuel, puis éliminer selon la procédure institutionnelle
 - Remplir le dos du rapport transfusionnel et le renvoyer au LIHT ainsi que le test pré transfusionnel
 - Garder le bulletin de livraison dans le dossier du patient

5. Réaction transfusionnelle

- La plupart des réactions “graves” interviennent généralement dans les 15 premières minutes et jusqu’à 6 heures après la transfusion. Des réactions peuvent encore apparaître dans les 24 heures et jusqu’à 15 jours après la transfusion.
- **Description des réactions transfusionnelles les plus graves :**
 - **L’anémie hémolytique post-transfusionnelle aiguë** marquée par l’apparition de symptômes tels que: frissons, fièvre, tachycardie, angoisse, céphalées, dyspnée, hypotonie, chute de tension, pâleur, ictère, douleur abdominale, nausée, vomissements, barre lombaire, anurie, coagulation intra-vasculaire disséminée.
 - **Le choc anaphylactique transfusionnel** est marqué par l’apparition de symptômes tels que : urticaire, prurit, œdèmes locaux, tachycardie, angoisse, dyspnée, céphalées, frissons, fièvre, chute de tension, vomissements, anurie.
 - **Le TACO** (Transfusion Associated Circulatory Overled) : surcharge cardiaque liée à la transfusion.
 - **Le TRALI** (Transfusion acute lung injury) : détresse respiratoire aiguë avec hypoxémie (saturation O₂ ≤ 90 mmHg) survenant pendant ou dans un délai ≤ 6 heures après la transfusion accompagné par fièvre, frissons, cyanose, hypotension et choc. Présence d’infiltrats bilatéraux à la radio du thorax.
 - **Le choc septique** : température (≥ 2°C), frissons, nausée, vomissement, hypotension, choc, insuffisance rénale coagulation intravasculaire disséminée (CIVD). Ces symptômes peuvent intervenir pendant la transfusion, mais parfois peuvent être retardés.

Symptôme dominant	Chronologie	Diagnostic différentiel	Etiologie
Fièvre Frisson	0 à 2 h. 0 à 12 h. 0 à 24 h.	Hémolyse aiguë Septicémie Réaction post transfusionnelle fébrile non hémolytique	Erreur de transfusion Contamination bactérienne Cytokines
Exanthème Prurit	0 à 2 h.	Allergie	Protéines plasmatiques
Dyspnée	0 à 2 h. 0 à 6 h. 0 à 24 h.	Anaphylaxie (bronchospasme) TRALI (œdème pulmonaire sur fuite capillaire) Insuffisance cardiaque (œdème pulmonaire)	Protéines plasmatiques AC Anti Leucocytes ? Surcharge volumique
Hypotension	0 à 2 h. 0 à 6 h. 0 à 12 h.	Hémolyse aiguë TRALI Septicémie	Erreur de transfusion AC Anti-leucocytes ? Contamination bactérienne

☒ Procédure en cas de réaction transfusionnelle

- **Immédiatement**
 - Stopper la transfusion en clampant fermement la roulette du clamp.
 - Appeler le médecin de l’unité ou le médecin de garde
 - Laisser impérativement la poche sur la potence (voir schéma no.1)
 - Se frictionner les mains avec la solution hydro alcoolique et mettre des gants
 - Débrancher la tubulure de transfusion **ET** boucher l’extrémité avec un bouchon ou un robinet en T
 - Garder la voie veineuse avec une perfusion de soluté de NaCl 0,9 %
 - Faire un 1er nœud bien serré quelques centimètres sous la molette.
 - Faire un 2ème nœud à l’extrémité distale de la tubulure.
 - Conserver le matériel de transfusion, envoyer le PSL responsable de la réaction transfusionnelle ET toutes les poches transfusées dans les 24 heures précédentes au LIHT.
 - Contrôler régulièrement les signes vitaux. Si frissons, réchauffer le patient.

Continue page 3/3

Réaction transfusionnelle (suite)

• **Par la suite**

- Par une autre voie veineuse que celle utilisée pour la transfusion, prélever 1 tube mauve EDTA 7 ml de sang du patient pour groupage.
- Selon avis médical ; faire deux hémocultures par voie veineuse différente que celle utilisée pour la transfusion.

• **Après stabilisation**

- Le médecin doit et l’infirmière peut remplir la FICHE DE SIGNALEMENT D’INCIDENT TRANSFUSIONNEL ou via DPI le formulaire accessible par l’onglet F – déclaration d’incident transfusionnel (v4). Sur prescription médicale, faire les analyses du bilan post réaction transfusionnelle.
- Prévoir les mesures administratives et documenter.

• **Renvoyer au LIHT ensemble :**

- Les tubes de prélèvement avec une requête « réaction transfusionnelle »
- Le rapport transfusionnel dûment rempli accompagné de la fiche de signalement d’incident transfusionnel
- L’unité de sang fermée selon schéma 1, dans un sac plastique individuel (s’il y a plusieurs produits, chaque produit est bouché et mis dans un sac individuel) ET toutes les poches transfusées dans les 24 heures précédentes
- La carte du test ultime de compatibilité dans son sac plastique individuel
- La déclaration d’incident doit être remplie par le médecin ou peut l’être par l’infirmière ayant constaté la réaction transfusionnelle