|  |
| --- |
| HVCVL/FORMATION/BONNES-PRATIQUES-TRANSFUSIONNELLES/HABILITATION |
| Date de rédaction :  |
| Date de diffusion :  |
| Version :  |

**Habilitation des professionnels en charge du dépôt de sang**

***Objectifs :***

Ce protocole a pour but de définir les modalités d’habilitation des professionnels pouvant intervenir au dépôt de sang (relais/urgence/délivrance) du Centre Hospitalier de…………..

***Textes de références*** :

* **Décision du 10 mars 2020** définissant les principes de bonnes pratiques prévues à l’article L.1222-12 du Code de la Santé Publique

***Personnel concerné :***

IDE/IADE/CADRE/TECHNICIEN pouvant intervenir au sein du dépôt de sang

***Documents associés*** :

* HVCVL/FORMATION/BONNES-PRATIQUES-TRANSFUSIONNELLES

***Glossaire***:

* **DU** : Dépôt d’Urgence
* **DR** : Dépôt Relai
* **DU/DR** : Dépôt Urgence/Relai
* **DD** : Dépôt de Délivrance
* **EFS**: Etablissement Français du Sang
* **ES** : Etablissement de Santé
* **PSL** : Produit Sanguin Labile
* **CGR** : Concentré de Globule Rouge
* **PFC** : Plasma Frais Congelé
* **PLYO** : Plasma Lyophilisé
* **RAI** : Recherche d’Agglutinines Irrégulières
* **EDC** : Epreuve Directe de Compatibilité
* **VIH** : Virus de l’Immunodéficience Humaine
* **VHC** : Virus de l’Hépatite C
* **NFS** : Numération de la Formule Sanguine

***Actions et méthodes*** :

Le personnel intervenant au dépôt de sang doit bénéficier de formations intégrées au plan de formation de l’établissement.

|  |  |
| --- | --- |
| HABILITATION THEORIQUE INITIALE | Formation externe/interne « Fonctionnement d’un dépôt de sang »Durée :Organisme de formation : |
| HABILITATION PRATIQUE INITIALE | Formation externe/interneDurée :Organisme de formation : |
| QUIZZ | Le questionnaire d’évaluation des connaissances acquises comprend des questions portant sur : |
| RECONDUCTIONS DES HABILITATIONS | Fréquence annuelle |
| FORMATON DE RECYCLAGE | Formation sur (délai de remise à niveau)Objectif : Maintien des compétences acquisesFréquence : |
| TRACABILITE DES HABILITATIONS |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Mme Marjorie BLINAssistante | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle |

**Quizz d’habilitation**

**« Fonctionnement d’un dépôt de sang »**

1. Quels sont les différents types de dépôts de sang ?

|  |  |
| --- | --- |
| Dépôt d’urgence (DU) |  |
| Dépôt relai (DR) |  |
| Dépôt d’urgence/relai (DU/DR) |  |
| Dépôt de délivrance (DD) |  |

1. Quel est le type de dépôt présent au sein de (nom de l’Etablissement) ?

|  |  |
| --- | --- |
| Dépôt d’urgence (DU) |  |
| Dépôt relai (DR) |  |
| Dépôt d’urgence/relai (DU/DR) |  |
| Dépôt de délivrance (DD) |  |

1. Qu’est ce qui justifie l’implantation d’un dépôt de sang dans un hôpital ou une clinique ?

|  |  |
| --- | --- |
| Distance kilométrique EFS-ES |  |
| ES avec service de chirurgie |  |
| ES avec service de maternité |  |
| Nombre de PSL délivrés/distribués par an |  |

1. Qu’est ce qui a justifié, d’après vous, l’implantation du dépôt de sang au sein de (nom de l’Etablissement) ?

|  |  |
| --- | --- |
| Distance kilométrique EFS-ES |  |
| ES avec service de chirurgie |  |
| ES avec service de maternité |  |
| Nombre de PSL délivrés/distribués par an |  |

1. Quels types de produits sanguins labiles peut-on trouver au sein d’un dépôt d’urgence ?

|  |  |
| --- | --- |
| CGR AB |  |
| CGR O |  |
| PFC AB |  |
| PFC O |  |

1. Que dois-je vérifier chaque jour au dépôt de sang ?

|  |  |
| --- | --- |
| Le nombre de PSL restant dans l’enceinte réfrigéré  |  |
| Si un PSL est dans l’enceinte thermostatée depuis 3 jours ou plus |  |
| La température de l’enceinte |  |

1. Quelle est la composition du stock du dépôt du (nom de l’Etablissement) ?

|  |  |
| --- | --- |
| CGR O RH :1 |  |
| CGR O RH:-1 |  |
| PFC  |  |
| Plaquettes |  |
| PLYO |  |

1. Un patient de groupe sanguin A peut recevoir des CGR :

|  |  |
| --- | --- |
| De groupe O |  |
| De groupe A |  |
| De groupe B |  |
| De groupe AB |  |

1. Un plasma décongelé AB peut être transfusé à un patient :

|  |  |
| --- | --- |
| De groupe O |  |
| De groupe A |  |
| De groupe B |  |
| De groupe AB |  |

1. Citez deux qualifications applicables aux CGR ?

|  |  |
| --- | --- |
| Phénotypé |  |
| Compatibilisé |  |
| Irradié |  |
| Préparation pédiatrique |  |

1. Quelle est la température et la durée de conservation des CGR ?

|  |  |
| --- | --- |
| +2°/+6°C |  |
| +20°/+24°C |  |
| <-25°C |  |
| 5 jours |  |
| 42 jours |  |
| 1 an |  |

1. Quelle est la température et la durée de conservation des concentrés plaquettaires ?

|  |  |
| --- | --- |
| +2°/+6°C |  |
| +20°/+24°C |  |
| <-25°C |  |
| 5 jours |  |
| 42 jours |  |
| 1 an |  |

1. Quelle est la température de transport des CGR ?

|  |  |
| --- | --- |
| +4°C |  |
| +2°/+10°C |  |
| +22°C |  |
| -25°C |  |

1. Quels sont les items obligatoires d’identité patient sur la prescription de PSL ?

|  |  |
| --- | --- |
| Nom marital |  |
| Nom de naissance |  |
| Nom d’usage |  |
| Prénom |  |
| Date de naissance |  |
| Sexe |  |
| Lieu de naissance |  |

1. Quelle est la durée de validité des RAI (Recherches d’Agglutinines Irrégulières) en contexte transfusionnel ?

|  |  |
| --- | --- |
| 1 jour |  |
| 3 jours |  |
| 21 jours avec dérogation |  |
| 1 mois |  |
| 6 mois |  |

1. L’Epreuve Directe de Compatibilité au laboratoire est :

|  |  |
| --- | --- |
| Obligatoire avant toute transfusion chez une femme jeune |  |
| Obligatoire avant toute transfusion chez une femme enceinte |  |
| Peut remplacer la RAI dans le bilan pré-transfusionnel |  |
| Obligatoire en cas de RAI positive |  |
| Permet d’éviter la survenue d’une allo-immunisation érythrocytaire |  |
| D’une durée de validité de 24h |  |

1. Parmi ces examens lesquels sont obligatoires avant toute transfusion ?

|  |  |
| --- | --- |
| RAI |  |
| Hématocrite |  |
| 2 déterminations de Groupe ABO (RH1) |  |
| 2 déterminations de Phénotypes Rhésus Kell |  |
| Sérologie VIH et VHC |  |

1. Quels sont les éléments à transmettre à l’EFS en cas de prescription de CGR ?

|  |  |
| --- | --- |
| 2 déterminations de groupes ABO RH KELL |  |
| RAI valide |  |
| NFS |  |
| Sérologie HIV et hépatite C |  |
| Poids du patient |  |

1. Quels sont les éléments à transmettre à l’EFS en cas de prescription de concentrés plaquettaires ?

|  |  |
| --- | --- |
| 2 déterminations de groupes ABO RH KELL |  |
| RAI valide |  |
| NFS |  |
| Ionogramme sanguin |  |
| Poids du patient |  |

1. En cas d’urgence vitale immédiate, je délivre les PSL :

|  |  |
| --- | --- |
| Sans délai et sans attendre le résultat de groupe sanguin et RAI |  |
| J’attends les résultats du groupe pour choisir les produits |  |
| J’attends les résultats du test de compatibilité |  |
| Je m’assure que les prélèvements pour IH sont faits avant transfusion |  |

1. En cas d’utilisation du stock d’urgence :

|  |  |
| --- | --- |
| Je procède au réapprovisionnement du stock d’urgence sans délai |  |
| Je procède au réapprovisionnement du stock d’urgence en différé au lendemain par la navette selon avis |  |
| J’attends la prochaine navette pour réapprovisionner même le vendredi  |  |
| J’attends le renouvellement du stock d’urgence |  |

1. A réception des PSL, quel(s) contrôle(s) réalisez-vous ?

|  |  |
| --- | --- |
| Aucun, je fais confiance à l’EFS |  |
| L’identité du patient portée sur les documents EFS délivrés avec les produits |  |
| La concordance entre la prescription et la quantité de produits délivrés |  |
| La concordance entre la prescription et la qualité des produits délivrés |  |
| La date de péremption de chaque produit délivré |  |
| La concordance entre le N° du don noté sur le PSL et celui noté sur les documents de délivrance |  |
| L’aspect des produits |  |
| L’intégrité des produits |  |
| La couleur des eutectiques |  |

1. Lors de l’enlèvement d’un colis de PSL, le coursier :

|  |  |
| --- | --- |
| Indique oralement le nom du receveur en atteste des PSL |  |
| Arrive avec une prescription des produits sanguins |  |
| Remet un support qui permet d’identifier le receveur destinataire des PSL |  |

1. Contrôle ultime pré-transfusionnel :

|  |  |
| --- | --- |
| Peut-être fait en salle de soins |  |
| Est la vérification concordance identité : patient, fiche de délivrance, ordonnance, carte de groupe et le résultat de la RAI |  |
| Est la vérification concordance groupe sanguin : CGR, patient, fiche de délivrance |  |
| Ne doit être fait que pour des CGR |  |

1. La qualification des enceintes thermostatées du dépôt doit être faite ?

|  |  |
| --- | --- |
| Tous les ans |  |
| Tous les 3 ans |  |
| A réception du nouveau matériel |  |
| Avant remise en service |  |
| En cas de changement de lieu |  |
| Après la visite de maintenance |  |
| Suite à une maintenance curative importante |  |

1. L’enceinte thermostatée +4°C tombe en panne, que faites-vous ?

|  |  |
| --- | --- |
| Déplacement des CGR dans l’enceinte +4°C de secours |  |
| Affichage « En panne » sur l’enceinte |  |
| Information auprès des services techniques |  |
| Information auprès de l’EFS |  |
| Information auprès du responsable du dépôt |  |
| Retour des CGR à l’EFS |  |
| Je ne fais rien |  |

1. Le logiciel du dépôt de sang n’est pas opérationnel, que faites-vous ?

|  |  |
| --- | --- |
| Je ne distribue pas les PSL |  |
| J’applique la procédure dégradée |  |
| J’appelle le service informatique |  |
| J’informe dès que possible le cadre responsable du dépôt |  |

1. Le contrôle annuel du dépôt de sang réalisé par l’EFS sert à :

|  |  |
| --- | --- |
| Vérifier le respect des bonnes pratiques de distribution et de la convention de dépôt |  |
| Dire bonjour à l’équipe |  |
| J’appelle le service informatique |  |
| J’informe dès que possible le cadre responsable du dépôt |  |