|  |
| --- |
| HVCVL/DOSSIER-TRANSFUSIONNEL/ANNEXE2 |
| Date de rédaction : 07/2017 |
| Date de diffusion : 01/01/2022 |
| Version : 04 |

**Information transfusion sortie patient**

***Objectifs :***

Permet d’informer le patient ayant subi une transfusion de connaître la conduite à tenir en post transfusionnel.

***Textes de références*** :

* Instruction N° DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 concernant la réalisation de l’acte transfusionnel
* Circulaire n° 98-231 du 9 avril 1998
* Information et consentement du patient transfusé-document de référence (SFTS-SFVTT)

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

EN TÊTE ES

ÉTIQUETTE « PATIENT »

Nom de naissance :………..

Prénom :………..

Date de naissance :…………..

Sexe :………….

* Lors de votre hospitalisation dans notre établissement du………… au………...., votre état de santé a nécessité la transfusion de produits sanguins labiles.
* Vous avez reçu :

-…………….concentré (s) de globules rouges

-…………… concentré (s) de plaquettes

-…………….plasma (s) frais congelés

* Nous vous rappelons que du fait de ce traitement, vous ne pourrez plus donner votre sang et nous vous demandons d’effectuer, dans un délai de 3 mois, un contrôle biologique post-transfusionnel à l’aide de l’ordonnance ci jointe.
* En cas de protocole transfusionnel spécifique il est impératif de présenter ce document lors de vos prochaines hospitalisations :

Indication Transformation (CGR, CP) :

IRRADIATION

DEPLASMATISATION

* Un courrier est adressé à votre médecin traitant, le Dr…………………………...

A……………………..., Le……….

* Document remis par le Dr…………..

Signature