|  |
| --- |
| HVCVL/HAD/TRANSFUSION/SURVEILLANCE-TRANSFUSIONNELLE |
| Date de rédaction : 12/2021 |
| Date de diffusion : 01/2022 |
| Version : 01 |

**Surveillance transfusionnelle**

***Textes de références*** :

* Instruction N° DGS/PP4/DGOS/PF2/2021/230 du 16 novembre 2021 concernant la réalisation de l’acte transfusionnel
* Décision du 10 mars 2020 définissant les principes de bonnes pratiques prévues à l’article 1222-12 du CSP
* Document cadre HAD et transfusion du 20 avril 2018 / SFTS – SFVTT – Version actualisée 2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Dr.JONCAMédecin coordonnateur HAD Santé Relais domicile Toulouse | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle**Mme Marjorie BLIN**Assistante | **Dr.SAPEY**Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle |

**Identité du patient (ou étiquette)**

**Nom** : …………………………….

**Prénom** : ………………………….

**Date de Naissance** : ……….…….

**N°IPP** : ………………………………

|  |
| --- |
| **SURVEILLANCE TRANSFUSIONNELLE** |

 **Date de la transfusion**: ………./………./………. **Nom de l’IDE** : ………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HEURE** |  **T.A** | **Pouls** |  **T°** | **Douleur** | **Fréq. Res.** | **Saturation** | **Etat cutané** | **Coloration** **des urines** | **OBSERVATIONS** |
| **T** 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 5’ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 10’ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 15’ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 20’ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 40’ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 1h |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 1h20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 1h40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 2h |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 2h20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 2H40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T** 3h |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |