|  |
| --- |
| HVCVL/HAD/TRANSFUSION/CHECK-LIST-HABILITATION |
| Date de rédaction : 12/2021 |
| Date de diffusion : 01/2022 |
| Version : 01 |

**Check list habilitation**

***Objectifs :***

* Les professionnels médicaux et paramédicaux susceptibles d’être impliqués dans la thérapeutique transfusionnelle sont formés et habilités. L’habilitation répond à un processus de formation comprenant une succession d’actions à réaliser par un professionnel pour lui permettre d’acquérir des compétences. L’habilitation permet au responsable d’activité de s’assurer de la capacité d’une personne à réaliser une ou des taches précises. Les critères doivent être documentés avec des éléments de preuves à apporter.

***Textes de références*** :

* Document cadre HAD et transfusion du 20 avril 2018 / SFTS – SFVTT – Version actualisée 2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Dr.JONCA  Médecin 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 |

**Procédure d’habilitation et suivi de compétences d’un professionnel à la pratique transfusionnelle en HAD : points critiques à maitriser**

|  |
| --- |
| **Date :** ……./……./……. |
| **Identification du professionnel :** ………………………………………………………………..……………………………………..……...  Fonction : □ IDE □ Médecin coordonnateur |
| **Nom de l’auditeur :** …………………………………………………………………………………………….……………………………………  Fonction : □ Cadre IDE Habilité □ Médecin coordonnateur habilité □ Médecin Hémovigilant |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CRITERES** | **OUI** | **OBSERVATIONS** |
| Présentation de l’hémovigilance de l’établissement |  |  |
| Présentation de l’organigramme des référents de l’hémovigilance établissement et EFS (numéros contacts) |  |  |
| Critères d’inclusion et d’exclusion d’un patient pour un acte transfusionnel en HAD |  |  |
| Présentation du tableau de bord de suivi des actes transfusionnels de l’établissement (horodatage de l’acte et coordonnées portable et ligne téléphonique filaire du patient inclus en HAD pour acte transfusionnel) |  |  |
| Modalités d’échange d’informations, de traçabilité et de suivi entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur |  |  |
| Présentation du dossier transfusionnel établissement |  |  |
| **Modalités de prescription des explorations IH avant un acte transfusionnel (médecin seulement NC pour les IDE)** |  |  |
| Modalités de récupération des explorations IH avant un acte transfusionnel |  |  |
| **Modalités de prescription d’un PSL (médecin seulement NC pour les IDE )** |  |  |
| Modalités de commande de PSL auprès du site EFS |  |  |
| Modalités de réception conforme d’un PSL sur le site de l’EFS |  |  |
| Modalités de transport des PSL entre l’EFS et le domicile du patient |  |  |
| Bonne pratique de réalisation du CULM |  |  |
| Bonnes pratiques de réalisation d’un acte transfusionnel |  |  |
| Procédure de gestion des DASRI |  |  |
| Procédure de gestion d’un PSL non transfusé |  |  |
| Procédure de gestion d’un AES |  |  |
| Gestion d’un événement indésirable de la chaîne transfusionnelle |  |  |

Date et heure : le : ………/………./……… à …….h……..

Signature du professionnel : Signature de l’auditeur :

|  |
| --- |
| **Document à remettre au service Ressources Humaines** |
| A remplir par l’accueil RH :  Document remis au service RH le ………/………./………  Habilitation à la pratique transfusionnelle en HAD le ………/………./……… |