|  |
| --- |
| HVCVL/HAD/TRANSFUSION/FORMATION/HABILITATION-PRATIQUES-A-RISQUES |
| Date de rédaction : 12/2021 |
| Date de diffusion : 01/2022 |
| Version : 01 |

**Formation et habilitation des pratiques à risques**

***Objectifs :***

* Cette procédure a pour objet la description de l’organisation de la formation et du suivi d’habilitation d’un professionnel à la pratique transfusionnelle en HAD

***Domaine d’application*** :

HAD

***Textes de références*** :

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

***Définitions et abréviations*** :

**OGDPC** : Organisme de développement professionnel continue

**RH** : Ressources Humaines

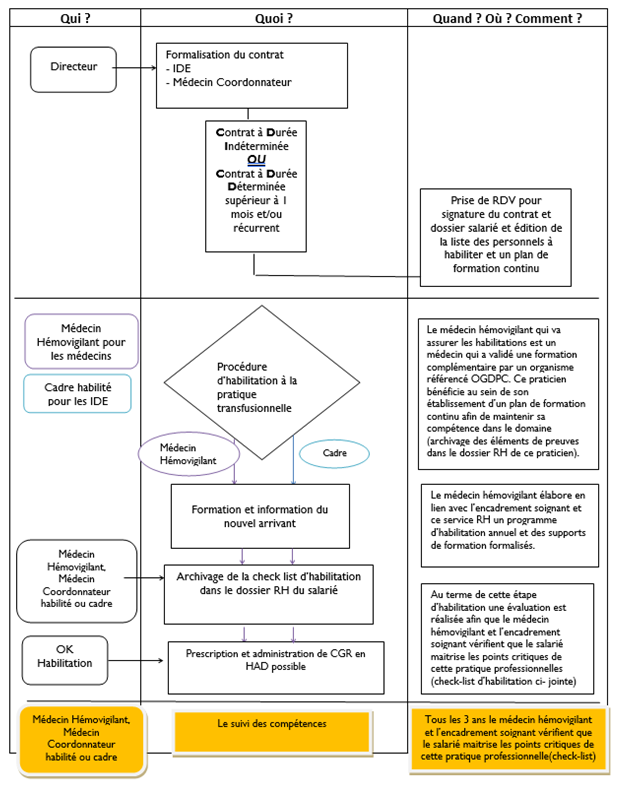
|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rédacteur | Vérificateur | Approbateur |
| Dr.JONCA  Médecin coordonnateur HAD Santé Relais domicile Toulouse | **Dr.SAPEY**  Coordonnateur Régional d’Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle  **Mme Marjorie BLIN**  Assistante | **Dr.SAPEY**  Coordonnateur Régional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

|  |
| --- |
| **FORMATION ET SUIVI D’HABILITATION D’UN PROFESSIONNEL A LA PRATIQUE TRANSFUSIONNELLE EN HAD** |

|  |
| --- |
| **Document associé** Check list / Habilitation |

|  |  |
| --- | --- |
| **DESTINATAIRES**  Directeur  Directeur des soins  Cadres de santé  Médecin Hémovigilant | **SITES DE DIFFUSION**  Serveur informatique de l’HAD  ----------------------------------  Classeur « HEMOVIGILANCE » |

***Organisation :***





|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Identification du professionnel :  Fonction :  □ IDE  □Médecin coordonnateur | Date : | Nom de l’auditeur :  Fonction :  □Cadre IDE Habilité  □ Médecin coordonnateur habilité  □ Médecin Hémovigilance |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 ………/………./………