|  |
| --- |
| HVCVL/HAD/TRANSFUSION/PRESCRIPTION-CGR/CONTROLE-EFFICACITE |
| Date de rédaction : 12/2021 |
| Date de diffusion : 01/2022 |
| Version : 01 |

**Prescription de CGR et contrôle d’efficacité**

***Objectifs :***

* Cette procédure a pour objet de définir les modalités de prescription de CGR et de contrôle de l’efficacité de l’acte transfusionnel

***Domaine d’application*** :

HAD

***Documents associés :***

HVCVL-HAD-TRANSFUSION-INFORMATIONS-PATIENT-PROCHES

***Textes de références*** :

* Arrêté du 15/05/2018 fixant les conditions de réalisation des examens de biologie médicale d’immunohématologie érythrocytaire
* Transfusion de globules rouges homologues : produits, indications, alternatives Recommandations HAS Novembre 2014
* 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

***Définitions et abréviations*** :

**CGR**: Concentré de Globules Rouges

**CSTH**: Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

**CULM** : Contrôle Ultime au Lit du Malade

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

***Organisation***

1. **Prescription d’un CGR**

**Pertinence Bénéfice/risque**

Un seuil de 8 g/dl est recommandé chez le sujet atteint d’hémopathie maligne ou de tumeur solide.

Ce seuil peut être augmenté, en cas de pathologie cardio-vasculaire associée ou de mauvaise tolérance clinique, sans dépasser 10 g/d

Pour les patients de plus de 80 ans les seuils suivants sont recommandés :

* 7 g/dl en l’absence d’insuffisance cardiaque ou coronarienne et de mauvaise tolérance clinique
* 8 g/dl chez les patients insuffisants cardiaques ou coronariens
* 10 g/dl en cas de mauvaise tolérance clinique

Il ne sera prescrit qu’un seul CGR par acte transfusionnel. Une évaluation clinique te biologique sera réalisée au décours de la transfusion. En fonction de cette évaluation, un deuxième PSL pourra être prescrit, en veillant à la validité de la RAI en cas de transfusion de CGR.

Le taux d’hémoglobine est alors contrôlé avant toute nouvelle prescription de CGR pour discuter un nouvel acte transfusionnel.

Avant toute transfusion, il est recommandé de s’assurer de la qualité de la voie d’abord veineuse.

Le CGR est transfusé lentement, à une vitesse inférieure à 5 ml/min pendant les 15 premières minutes, puis la vitesse est adaptée à la tolérance clinique. La durée moyenne de transfusion se situe autour de 2 heures pour un patient de 50 kg, 1h45 pour un patient de 70 kg.

Il n'est pas recommandé d'associer préventivement un diurétique à la transfusion.

1. **Modalités de surveillance de la transfusion d’un CGR en HAD**

Il est recommandé de surveiller, les paramètres suivants pendant la transfusion à intervalles réguliers de 15 à 30 minutes :

* Fréquence cardiaque, pression artérielle, température
* Fréquence respiratoire
* État cutanée et douleur

A la fin de l’acte, débrancher la poche en réalisant systématiquement les nœuds sur la tubulure avant de décrocher la poche. Garder solidaire la poche et la tubulure et conserver le tout dans les deux heures qui suivent la transfusion (poche et tubulure) dans un sac plastique propre et étanche, ainsi que la carte de CULM dans un endroit frais sécurisé dans la mallette prévue à cet effet.

*Dans les deux heures qui suivent la fin de l’acte transfusionnel* :

* Les proches s’engagent à rester auprès du patient et disposer de l’ensemble des éléments lui permettant de contacter l’IDE d’astreinte
* L’IDE rappelle le patient ou ses proches afin d’avoir une évaluation du patient (température, sensation de gêne respiratoire, douleur)

*Le lendemain* :

* L’IDEL réalise la FNS de contrôle
* L’IDE de l’HAD repasse au domicile du patient (soir même, matin) pour récupérer les DASRI et le matériel (sortie d’HAD)

1. **Contrôle d’efficacité de l’acte transfusionnel**

**Le taux d’hémoglobine (Hb)**

Le bénéfice attendu pour la transfusion d’une poche de CGR est de 1 point d’Hb pour un patient de 70 kg. Ce résultat peut varier en fonction de l’IMC du patient, il peut être de 1.5 point d’Hb chez un sujet de 50 kg.

*Si le taux d’Hb pré et post transfusionnel est identique voir inférieur, deux hypothèses sont à envisager :*

* Le patient présente un saignement non extériorisé qu’il conviendra d’explorer
* Le patient a fait une hémolyse post transfusionnelle, c’est un EIR qu’il faudra explorer (recherche précoce d’une allo immunisation par un Test Direct à l’Antiglobuline ou une élution du sérum) et signaler au médecin hémovigilant de l’établissement.

1. **La Recherche d’Anticorps Anti-érythrocytaire Irréguliers**

De façon systématique un contrôle de la RAI sera demandé en post transfusionnel dans un délai de 1 à 3 mois après la transfusion. En cas de RAI positive, une identification des allo AC sera réalisée afin d’adapter au mieux la prise en charge transfusionnelle du patient.

***Evaluation :***

Bilan annuel d’activité du CSTH