|  |
| --- |
| HVCVL/DOSSIER-TRANSFUSIONNEL/ANNEXE4 |
| Date de rédaction : 07/2017 |
| Date de diffusion : 01/01/2022 |
| Version : 04 |

**Information médecin traitant**

***Objectifs :***

Permet d’informer le médecin traitant de la conduite à tenir de son patient 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.SAPEYCoordonnateur 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 TETE ES

 Dr……………………………………..

 …………………………………………

Cher confrère,

Votre patient (e) Madame, Monsieur ……………………………………. a bénéficié lors de son hospitalisation du ……………… au ………………………dans notre établissement d’une transfusion de produits sanguins labiles.

En application de la circulaire DGS du 11/01/2006, nous lui avons remis une information écrite ainsi que l’ordonnance du bilan post-transfusionnel à effectuer dans les 3 mois :

Recherche d’anticorps irréguliers (RAI).

Nous vous confions le soin d’assurer son suivi post-transfusionnel et nous lui avons recommandé de vous contacter dans un délai de 3 mois muni des résultats de cette analyse. En cas de renseignements sur les résultats vous pouvez joindre le biologiste ayant réalisé l’examen et/ou le biologiste du site EFS qui a délivré les produits (*nom du biologiste*). En effet en cas d’anomalies, une déclaration est obligatoire et cela nécessite parfois une adaptation du protocole transfusionnel du patient (e).

Nous lui avons également spécifié que compte tenu de cette transfusion, il (elle) était à ce jour contre indiqué au don du sang.

Confraternellement,

 A…………….., Le……………

 Nom et signature du médecin