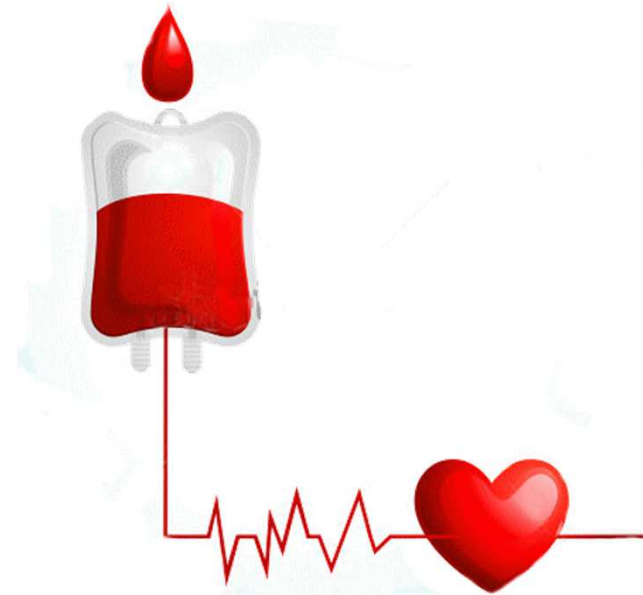




PRÉVENTION DE L'OAP POST-TRANSFUSIONNEL EN AMBULATOIRE



Validation DPC en présence groupe de pairs
Session 11 décembre 2015
Par : Valérie, Mélanie, Angélique





La Clinique Mégival accueille:

- 95 lits d'hospitalisation de chirurgie et de médecine
- 30 lits de soins de suite et de réadaptation
- 18 places de chirurgie ambulatoire
- 8 places de chimiothérapie ambulatoire



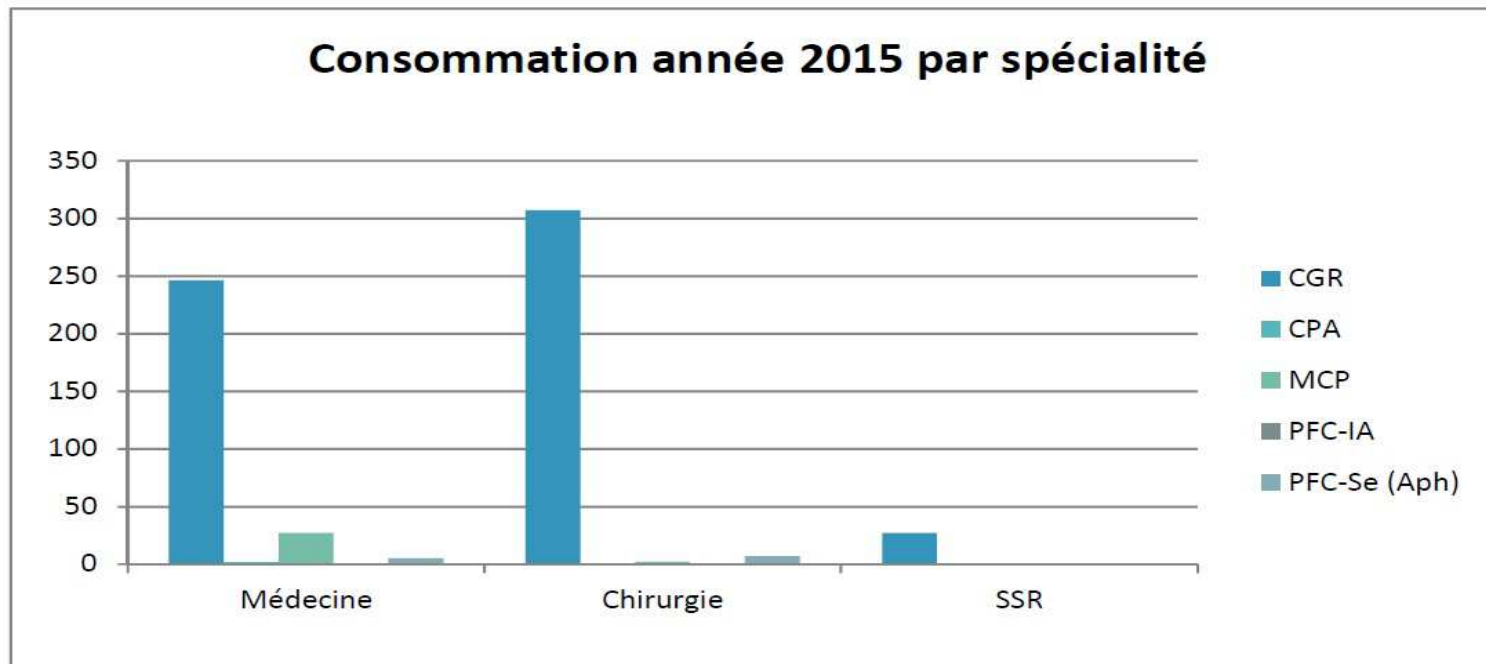
Un plateau technique comprenant :

- 8 salles d'intervention
- 18 postes de surveillance post-interventionnelle
- 8 lits de surveillance continue



Activité transfusionnelle de l'établissement

	CGR	CPA	MCP	PFC-IA	PFC-Se (Aph)
<i>Médecine</i>	246	1	27	0	5
<i>Chirurgie</i>	307	0	2	0	7
<i>SSR</i>	27	0	0	0	0





Nouvelles pratiques

- ▣ L'arrivée d'un nouveau praticien (médecin oncologue) en août 2014
- ▣ Nouvelles pratiques de transfusion : en hospitalisation de jour



Actions engagées

- Formation sur la sécurité transfusionnelle et l'hémovigilance
- Outils d'aide à l'observance « prévention de la surcharge post-transfusionnelle »
- Fiche d'information à la sortie du patient
- Check-list « mise à la rue du patient »




Présentation des documents



Prévenir l'œdème De Surcharge Post transfusionnel

Outils d'aide d'observance – octobre 2015 – Valérie, Mélanie et Anaélique



Un risque d'œdème pulmonaire de surcharge au cours de la transfusion ou dans les 6 heures qui suivent est possible :

Avant

1 Il est important de repérer les patients à risque :

- > Anémie chronique normovolémique ou patients hyperhydratés
- > Patient âgé (+70 ans) et de faible corpulence
- > Antécédents de maladies cardio-vasculaires (HTA, FA, IC, valvulopathie)
- > Maladie rénale
- > Patients d'oncologie

2 Si votre patient est à risque, il faut informer le médecin afin d'obtenir une prescription de débit et de durée de transfusion (2ml/kg/h soit 2 à 3 heures) et si besoin une prescription argumentée de diurétiques.

Surveillance

3 Paramètres vitaux : (TA, pouls, saturation, fréquence respiratoire)

- > A la pose, puis 15 minutes après le début de la transfusion et à intervalle de 30 minutes pendant toute la durée de la transfusion
- > 1 heure ou 2 heures après la fin de la transfusion

4 Tolérance (apparition ou non de signes cliniques)

- > Respiratoires (dyspnée oppressante, cyanose...)
- > Circulatoires (HTA, Tachycardie)
- > Neurologiques (agitation, anxiété, troubles de la conscience)

Après

5 La sortie est à organiser 1 à 2 heures après la transfusion :

- > Dernier contrôle des paramètres vitaux
- > Validation de la check-list
- > Autorisation de sortie tracée et signée par le médecin
- > Remise du document d'information au patient et double à photocopier et à archiver dans le dossier



Transfusion en ambulatoire Bulletin de sortie

NOM : _____

Prénom : _____

Date : ____ / ____ / ____

Votre état de santé a nécessité une transfusion de produits sanguins labiles en hospitalisation de jour.

Votre médecin vous autorise à sortir ce jour.

Vous devez respecter certaines précautions

Si dans les 6 heures qui suivent votre transfusion, vous présentez les signes suivants :


- > Un essoufflement anormal ou une gêne respiratoire, une toux
- > Des palpitations
- > Une température supérieure à 38°
- > Frissons
- > Urticaire (réaction allergique : plaques rouges, démangeaisons)
- > Signes digestifs : douleurs abdominales, diarrhée, vomissements
- > Urines foncées ou rouges
- > Douleurs lombaires

Vous devez impérativement prendre contact avec la clinique en appelant le

02.76.20.30.40

Signature du médecin

Signature du patient



Etiquette patient

Check-list pour la sortie du patient

Heure : ____ h

Nom de l'IDE : _____

Prénom de l'IDE : _____

Paramètres vitaux stables : Oui Non

Existe-t-il des signes de surcharge ? Oui Non
Si oui lesquels ? _____

Le patient a-t-il uriné ? Oui Non

Le patient et/ou son entourage ont-ils été informés des symptômes d'alerte de surcharge post-transfusionnelle ? Oui Non

Le patient est-il accompagné pour la sortie ? Oui Non

Le patient est-il accompagné pour la nuit ? Oui Non

Accord de sortie du prescripteur
Si non, transfert vers une unité d'hospitalisation Oui Non

Date : ____ / ____ / ____

Signature du médecin

En cas de survenue d'un OAP post-transfusionnel, signaler cet évènement indésirable en hémovigilance

● ● ● | Conclusion

- A ce jour, aucun événement indésirable receveur sur la surcharge post-transfusionnelle déclaré
- La mise en place des documents a-t-elle amélioré la prise en charge des transfusions en hôpital de jour ?

