

Installation : _____

Dossier : _____
 Nom, Prénom : _____
 Date de naissance : _____ F M
 AAAAA-MM-JJ
 NAM : _____ Exp. _____
 AAAAA-MM
 Nom, Prénom de la mère : _____

TRANSFUSION DE PRODUITS SANGUINS LABILES CLIENTELE DE MOINS DE 35 KG

Poids : _____ kg

Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

GÉNÉRAL

1. INDICATIONS ET CONDITIONS PRÉALABLES

- Usager de moins de 35 kg (incluant les nouveau-nés de moins de 30 jours de vie et applicable aux enfants de moins de 18 ans) nécessitant une transfusion de produits sanguins labiles.
- Utiliser la procédure de transfusion selon l'âge et le contexte, soit PRO-10352 Clientèle néonatale et pédiatrique ou PRO-10415 Filtration et transfusion de bolus d'un culot pour besoin néonatal (ad 4mois) en situation d'extrême urgence
- Ne s'applique pas à l'administration de produits sanguins stables dont les immunoglobulines intraveineuses (**IgIV**). Pour les IgIV, utiliser [OIP-816 Prémédication et débit d'administration immunoglobulines intraveineuses \(IgIV\)](#)
- Ne s'applique pas à un contexte d'hémorragie massive, pour lequel il faut aviser STAT la banque de sang et communiquer avec le centre tertiaire.
- En présence d'anémie ferriprive sans instabilité hémodynamique, privilégier fer IV (ou oral) plutôt que la transfusion de culot.

2. RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Indication de la transfusion : _____

3. DÉLAI ET MOMENT DE LA TRANSFUSION

- Routine (lorsque possible, les transfusions de produits sanguins devraient être effectuées sur le quart de jour)
 Urgent (moins de 60 minutes)
 Extrême urgence (transfusion remise sans épreuve pré transfusionnelle)

CONSENTEMENT À LA TRANSFUSION

_____ J'affirme avoir transmis des explications concernant la ou les indication(s), les risques potentiels et les alternatives aux produits sanguins à l'usager (ou à son représentant) et que celui-ci a été en mesure de me poser des questions à ce sujet. Ceci a été consigné sur le [formulaire ministériel AH-113](#), puis déposé au dossier.

_____ Consentement différé (en urgence seulement).

ORDONNANCES

1. PRÉMÉDICATION

Ne s'applique pas

_____ Cétirizine _____ mg PO x 1 dose (non recommandé chez les moins de 6 mois)

(6 mois à 5 ans : 2,5 mg/dose - 6 à 11 ans : 5 - 10 mg/dose - 12 ans et plus : 10 mg/dose)

_____ Diphenhydramine (0,5 - 1 mg/kg, max 50 mg) _____ mg IV direct en 2 minutes PO x 1 dose

_____ Acétaminophène (15 mg/kg, max 1000 mg) _____ mg PO IR x 1 dose

_____ Hydrocortisone (1 - 4 mg/kg, max 100 mg) _____ mg IV direct en 1 à 2 minutes x 1 dose

_____ Furosémide (1 mg/kg, max 20 mg) _____ mg IV direct en 2 minutes x 1 dose

Autre médication : _____

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

Envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**TRANSFUSION DE PRUDUITS SANGUINS LABILES
CLIENTELE DE MOINS DE 35 KG
(SUITE)**

2. TRANSFUSION DE CULOTS GLOBULAIRES

_____ Globules rouges _____ mL (10 - 15 mL/kg) IV

Initiales _____

_____ 1 culot globulaire (volume total 280 - 320 mL) IV x 1

Initiales _____

- Une augmentation d'Hb de 10 g/L est attendue pour une transfusion de 10 mL/kg
- Ordre de priorité d'administration si plusieurs produits sanguins prescrits (1 à 4) : **Priorité 1** ou _____
- Directives :
 - Irradiés (voir l'annexe A)
 - Jeune donneur (en cas transfusions chroniques pour faible taux de plombémie)
 - Autre (spécifier) : _____

3. TRANSFUSION DE PLAQUETTES

_____ Plaquettes _____ mL (10 mL/kg) IV

Initiales _____

_____ 1 unité complète (volume total 180 - 260 mL) IV x 1

Initiales _____

- 1 unité de plaquettes correspond à un pool de 5 unités ou une aphérèse. Les plaquettes sont distribuées selon la péremption et en respectant la compatibilité plasmatique du groupe ABO. Il n'est pas nécessaire de préciser le groupe ABO souhaité
- Ordre de priorité d'administration si plusieurs produits sanguins prescrits (1 à 4) : **Priorité 3** ou _____
- Directives :
 - Irradiées (voir l'annexe A)
 - HLA ou HPA compatibles (consultation en médecine transfusionnelle et remplir Requête HQ ENR-00786)
 - Autre (spécifier) : _____
- Dans le cas où des plaquettes Rh positif doivent être transfusées à un usager Rh négatif (s'il n'y a aucune disponibilité de plaquettes Rh négatif) :
_____ Immunoglobulines anti-D (WinRho^{MC}) 10 mcg IV x 1

Initiales _____

4. TRANSFUSION DE PLASMA CONGELÉ

_____ Plasma frais congelé _____ mL (10 - 15 mL/kg) IV

Initiales _____

_____ unités (environ 250 mL par unité, max 4 unités/transfusion) IV

Initiales _____

- Ordre de priorité d'administration si plusieurs produits sanguins prescrits (1 à 4) : **Priorité 2** ou _____

5. TRANSFUSION DE CRYOPRÉCIPITÉS

_____ Cryoprécipités (1 unité/10 kg) _____ unités (environ 10 mL par unité, max 5 unités par dose) IV x 1

Initiales _____

- Ordre de priorité d'administration si plusieurs produits sanguins prescrits (1 à 4) : **Priorité 4** ou _____

_____ Date et heure (aaaa/mm/jj)

_____ Signature du prescripteur

_____ # permis

Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

**TRANSFUSION DE PRUDUITS SANGUINS LABILES
CLIENTELE DE MOINS DE 35 KG
(SUITE)**

DÉBIT D'ADMINISTRATION

Toujours débiter la transfusion IV à 1 mL/h par kg (jusqu'à 50 mL/h) pour les 15 premières minutes, puis ↑ à la vitesse prescrite

- 0 - 4 mois :
 - Standard (après la phase d'initiation lente IV à 2 mL/kg/h = _____ mL/h x 15 minutes, augmenter à 3,5 mL/kg/h = _____ mL/h jusqu'à la fin de la perfusion)
 - Lent (après la phase d'initiation lente IV à 2 mL/kg/h = _____ mL/h x 15 minutes, transfuser le volume résiduel dans les 4 heures de la distribution) → max 125 mL/h
- 5 mois et plus :
 - Standard (après la phase d'initiation lente IV à 1 mL/kg/h = _____ mL/h (max 30 mL/h) x 15 minutes, augmenter jusqu'à 5 mL/kg/h = _____ mL/h, pour un débit maximal de 150 mL/h jusqu'à la fin de la perfusion)
 - Lent (après la phase d'initiation lente IV à 1 mL/kg/h = _____ mL/h (max 30 mL/h) x 15 minutes, transfuser le volume résiduel dans les 4 heures de la distribution) → max 125 mL/h

ALERTE

En extrême urgence/saignement actif, transfuser au débit maximal toléré selon la MSI applicable :

PRO-10415 Filtration et transfusion de bolus d'un culot globulaire pour besoin néonatal (jusqu'à 4 mois) en situation d'EXTRÊME URGENCE;

PRO-10352 Transfusion de culot globulaire, plaquettes, plasma, cryoprécipités et surnageants de cryoprécipités chez la clientèle néonatale et pédiatrique (moins de 35 kg) (excluant granulocytes et cellules souches).

Le médecin ou l'infirmière doit aviser immédiatement la banque de sang. Un formulaire d'autorisation sera envoyé au prescripteur par la banque de sang par la suite.

SOINS ET SURVEILLANCE

- FSC pré-transfusion
- FSC post-transfusion : _____ heures plus tard ou lendemain matin
- RNI, PTT, fibrinogène à répéter après plasma et cryoprécipités
- Autre : _____
- Se référer à la PRO-10352 - *Transfusion de culot globulaire, plaquettes, plasma, cryoprécipité et surnageant de cryoprécipité chez la clientèle néonatale et pédiatrique (moins de 35 kg) (excluant granulocytes et cellules souches)* pour la surveillance clinique pendant la transfusion.

RÉACTION TRANSFUSIONNELLE

- Si réaction transfusionnelle (usager recevant ou ayant reçu, dans les 12 heures précédentes, un (des) produit(s) sanguin(s) labile(s) et présentant un ou plusieurs des symptômes suivants : fièvre, frissons, hypotension artérielle, dyspnée, désaturation, saignement diffus, hémoglobinurie, douleur lombaire ou thoracique), se référer à l'ordonnance collective [OC-6098 Prise en charge d'une réaction transfusionnelle et de APNDE](#)

Date et heure (aaaa/mm/jj)

Signature du prescripteur

permis

Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

Directives médicales :

Puisque tous les produits sont leucoréduits, ils sont très sécuritaires pour prévenir la transmission du CMV. L'utilisation de sang CMV négatif n'est pas requise pour les transfusions chez les nouveau-nés.

Indications d'irradiation :

- Erreur innée de l'immunité T sévère, incluant la délétion 22q11.2 (syndrome de DiGeorge)
- Enfant de moins de 6 mois ayant reçu une transfusion intra-utérine
- Receveur de don dirigé (1er ou 2ème degré)
- Plaquettes HLA compatibles
- Usager ayant reçu de l'ATG, alemtuzumab ou analogues des purines (en traitement d'anémie aplasique ou lymphome)
- Receveur de greffe de cellules souches hématopoïétiques
- Lymphome de Hodgkin
- Donneur de cellules souches hématopoïétiques dans les 7 jours précédant la collecte

Pour les détails sur chaque condition, sur la durée d'irradiation recommandée et pour les indications à jour, consulter :
<https://nacblood.ca/en/resource/recommendations-use-irradiated-blood-components-canada>