

Installation : _____

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

TRANSFUSION DE PRODUITS SANGUINS LABILES

(Clientèle de plus de 35 kg)

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____ Clairance créatinine : _____ mL/min

CONSENTEMENT DE LA TRANSFUSION

- J'affirme avoir transmis les explications concernant la ou les indication(s), les risques potentiels et les alternatives aux produits sanguins à l'usager (ou à son représentant) → Remplir le formulaire AH-113 *Consentement à la transfusion*
- Consentement différé (en urgence seulement)

INDICATION/DIAGNOSTIC

_____ ClCr : _____ mL/min

TYPE DE PRODUIT

<p>CULOT GLOBULAIRE</p> <p>Transfusion : _____ culot(s)</p> <p>Initiales _____</p> <p>Transfusion répétitive (selon charte) :</p> <p>Initiales _____ Valide durant séjour d'hospitalisation ou externe</p> <p>FSC q _____ pendant <input type="checkbox"/> séjour ou _____ sem. (max 52)</p> <p><input type="checkbox"/> Si Hb inférieure ou égale à 70 g/L, transfuser 1 culot</p> <p><input type="checkbox"/> Si Hb inférieure à _____ g/L, transfuser _____ culot(s)</p> <p><input type="checkbox"/> Si Hb inférieure à _____ g/L, transfuser _____ culot(s)</p>	<p>PLAQUETTES (plq) (1 dose = 1 aphérèse ou 5 concentrés)</p> <p>Transfusion : _____ dose(s)</p> <p>Initiales _____</p> <p>Transfusion répétitive (selon charte) :</p> <p>Initiales _____ Valide durant séjour d'hospitalisation ou externe</p> <p>FSC q _____ pendant <input type="checkbox"/> séjour ou _____ sem. (max 52)</p> <p><input type="checkbox"/> Si plq inférieures ou égale à $10 \times 10^9/L$, transfuser 1 dose</p> <p><input type="checkbox"/> Si plq inférieures à _____ $\times 10^9/L$, transfuser _____ dose(s)</p>
<p>PLASMA (dose recommandée 15-20 mL/kg)</p> <p>Transfusion : _____ unité(s)</p> <p>Initiales _____ (1 unité = approx. 250 mL)</p>	<p>CRYOPRÉCIPITÉS (approx. 2500 mg de fibrinogène par dose)</p> <p>Transfusion : _____ dose(s)</p> <p>Initiales _____ (1 dose = 5 cryos)</p>

PARTICULARITÉS [Accueil | National Advisory Committee on Blood and Blood Products \(NAC\) \(nacblood.ca\)](#)

- Produit irradié Autre : _____
- Plq HLA ou HPA typée (req. ENR-00327 à compléter) FSC 10-60 min post transfusion pour chaque plq HLA

PRÉMÉDICATION (administrer 30 minutes avant le début de la transfusion si PO et 5 à 10 minutes si IV)

_____ Furosémide 20 mg ou _____ mg IV direct en 2 minutes (si dose 80 mg et moins) avant q culot **OU** entre les culots

Initiales _____ Acétaminophène 650 mg ou _____ mg PO **OU** IR

Initiales _____ Hydrocortisone 50 mg ou _____ mg IV direct en 1 à 2 minutes

Initiales _____ DiphenhydrAMINE 25 mg ou _____ mg PO **OU** IV direct en 1 à 2 minutes (Max 25 mg par minute)

Initiales _____ Autre : _____

DÉBIT D'ADMINISTRATION DE LA TRANSFUSION

- 125 mL/h (lent) 200 mL/h Autre : _____

MOMENT DE LA TRANSFUSION / DEGRÉ D'URGENCE

- Extrême urgence (sans test de compatibilité) Urgent (moins de 60 minutes)
- Transfusion ce jour Transfusion prévue le : _____

Fax envoyé par _____ (init.)

Heure d'envoi : _____

Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

TRANSFUSION DE PRODUITS SANGUINS LABILES

(Clientèle de plus de 35 kg)

(SUITE)

INDICATIONS

Selon les recommandations de *Choosing Wisely Canada* :

- Éviter de transfuser du sang si des traitements autres que la transfusion ou si la simple observation seraient aussi efficaces;
- Éviter de transfuser plus d'un culot globulaire à la fois lorsqu'il faut recourir à une transfusion chez un usager stable ne saignant pas. La transfusion d'unités supplémentaires ne doit être prescrite qu'après une réévaluation de l'état de l'usager et de son taux d'hémoglobine;
- Éviter de recourir systématiquement à la transfusion de plaquettes chez les usagers présentant une thrombopénie secondaire à la chimiothérapie si leur décompte plaquettaire est supérieur à $10 \times 10^9/L$ en l'absence de saignement;
- Éviter de transfuser du plasma pour corriger un rapport international normalisé (RIN) légèrement élevé (inférieur à 1,8) ou un temps de thromboplastine partielle activée (TTPa) légèrement prolongé avant une procédure. Un RIN légèrement élevé ne prédit pas un risque accru de saignement.
- En présence d'anémie ferriprive sans instabilité hémodynamique, privilégier l'utilisation de fer IV ou PO plutôt que la transfusion de culot globulaire. Se référer à : OIPI-637 *Fer IV - Ordonnance externe* ou OIPI-916 *Fer IV - Ordonnance interne*

INDICATIONS POUR LES PRODUITS SANGUINS IRRADIÉS

Selon les recommandations de *National Advisory Committee on Blood and Blood Products* :

- Transfusion d'un don dirigé d'un parent du 1^{er} ou 2^e degré, même si le receveur est immunocompétent;
- Produits sanguins cellulaires (culots globulaires et plaquettes) sélectionnés par typage HLA, même si le receveur est immunocompétent;
- Usager ayant une conditions médicales particulières suivantes :
 - Lymphome de Hodgkin
 - Donneur allogénique de cellules souches
 - Candidat à une allogreffe de cellules souches
 - Immunodéficiences lymphocytaires T congénitales
 - Traitements cellules Car-T
 - Traitements antinéoplasiques ou immunosuppresseurs qui contiennent un analogue des purines (fludarabine, cladribine, deoxycoformycine, bendamustine et clofarabine), de l'anti-thymocyte globuline (ATG) ou alemtuzumab (anti-CD52).

USAGER À RISQUE DE SURCHARGE

Il est recommandé d'utiliser un débit de transfusion lent et de considérer l'administration d'un diurétique en prémédication chez les usagers présentant des facteurs de risque de l'œdème aigu pulmonaire post transfusionnel. Ces facteurs sont l'âge (plus de 70 ans et particulièrement plus de 85 ans), l'anémie sévère, l'hypoalbuminémie, les maladies rénales, pulmonaires ou cardiovasculaires

MOMENT DE LA TRANSFUSION

Lorsque possible, les transfusions de produits sanguins devraient être effectuées sur le quart de jour.

OIPI élaborée par : Centre désignée en médecine transfusionnelle : Dre Céline Devaux, Dre Susan Fox, Olivier Blaizel, pharmacien, Jocelyne Champagne, chef du soutien clinique en soins infirmiers - Hospitalisation, Jessyka Deschênes, infirmière, Anne-Marie Martel, infirmière
OIPI révisée par : Dre Susan Fox, Dre Catherine Dubé, Annie Jalbert, chargée Clinique sécurité transfusionnelle, Jocelyne Champagne, chef du soutien clinique en soins infirmiers – Hospitalisation, Olivier Blaizel, pharmacien, Comité de Médecine Transfusionnelle



DT9495

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind.rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

CONSENTEMENT À LA TRANSFUSION DE PRODUITS SANGUINS LABILES OU DÉRIVÉS DU PLASMA HUMAIN

Nom de l'établissement

1. OBJET DU CONSENTEMENT

Votre état clinique ou l'intervention que vous allez subir nécessitent, ou pourraient nécessiter, la transfusion de produits sanguins labiles ou dérivés du plasma humain. Ces produits ne sont utilisés que lorsque votre état ou la situation l'exigent, par exemple en cas de perte de sang importante, d'anémie sévère, de déficit immunitaire ou de menace pour votre vie.

<input type="checkbox"/> Hospitalisation ou période de traitement d'une durée limitée	<input type="checkbox"/> Traitement prolongé : _____ (pour la durée de la validité de la prescription ou jusqu'à un changement dans l'état de l'utilisateur)
---	--

2. DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL LÉGALEMENT AUTORISÉ À RECEVOIR LE CONSENTEMENT OU LE REFUS

J'ai expliqué à l'utilisateur – et à la personne légalement autorisée, le cas échéant – la nature du traitement, les bénéfices escomptés, les risques possibles, les autres options ainsi que les conséquences possibles pour l'utilisateur en cas de refus du traitement et j'ai répondu aux questions posées.

Le cas échéant, j'ai obtenu le consentement ou le refus verbal, légalement, de la part :

de l'utilisateur ;

de la personne légalement autorisée (nom, prénom : _____ et lien : _____).

Notes sur la discussion quant à l'obtention du consentement ou du refus libre et éclairé concernant la transfusion et aux types de produits administrés :

Nom et prénom du professionnel autorisé	Signature du professionnel autorisé	Numéro de permis	Date		
			Année	Mois	Jour

3. CONSENTEMENT OU REFUS OBTENU DE L'USAGER ou de la personne légalement autorisée

Je, _____ (prénom et nom en caractères d'imprimerie de l'utilisateur ou de la personne légalement autorisée signataire), déclare avoir lu le présent formulaire et avoir reçu du prescripteur ou professionnel légalement autorisé les informations et les explications nécessaires à ma compréhension. Ainsi, je comprends ce que sont le traitement, la raison pour laquelle celui-ci m'est proposé, ses avantages, ses risques, les autres options et les conséquences possibles de mon refus, selon ma situation clinique. J'ai pu en discuter avec le prescripteur pour ma compréhension. J'ai eu l'occasion de poser mes questions et le prescripteur y a répondu à ma satisfaction. J'ai eu le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision.

JE CONSENS, de façon libre et éclairée, à recevoir des produits sanguins labiles ou dérivés du plasma humain, soit pendant mon hospitalisation ou la période de traitement soit pour la validité de la prescription ou jusqu'à un changement dans mon état.

JE CONSENS à la transfusion de produits sanguins labiles ou dérivés du plasma humain se limitant aux produits suivants :

JE REFUSE, de façon libre et éclairée, de recevoir tout produit sanguin labile ou dérivé du plasma humain, ou encore seulement les suivants :

Je comprends aussi que mon consentement ou mon refus est révoquant en tout temps. Enfin, je comprends et j'accepte ce qui suit : le présent formulaire est valable pour la durée du traitement discuté et prévu ou celle de la validité de la prescription, à moins qu'il ne soit autrement révoqué par moi-même, verbalement ou par écrit.

Signature de l'utilisateur ou de la personne légalement autorisée	Lien de la personne légalement autorisée avec l'utilisateur (le cas échéant)	Date		
		Année	Mois	Jour

4. TRAITEMENT URGENT SANS CONSENTEMENT

Je prescris la transfusion, pour le patient identifié ci-dessus, sans son consentement, car cette situation satisfait aux conditions du traitement d'urgence sans consentement définies dans le Code civil du Québec, les politiques ainsi que les procédures en vigueur dans l'établissement de santé et de services sociaux où ce traitement est donné.

Nom et prénom du professionnel autorisé	Signature du professionnel autorisé	Numéro de permis	Date		
			Année	Mois	Jour

Nom et prénom de l'usager	N° d'assurance maladie
---------------------------	------------------------

Éléments constituant le consentement éclairé ¹
1- Informations sur : <ul style="list-style-type: none"> - les produits sanguins prescrits ; - les bénéfiques ; - les risques (voir le tableau suivant) ; - les autres possibilités de traitement (s'il y a lieu).
2- Réponses aux questions de clarification
3- Consentement ou refus, donné par l'usager ou son représentant
4- Consignation du consentement ou du refus

Solutions de remplacement à la transfusion de produits sanguins labiles allogéniques (si applicable) ¹
<ul style="list-style-type: none"> - Agents hémostatiques (ex. : antifibrinolytiques, facteurs de la coagulation, etc.) - Agents thérapeutiques de l'anémie (ex. : fer, acide folique, vitamine B12, érythropoïétine, etc.) - Techniques chirurgicales réduisant les saignements - Récupération cellulaire (si disponible)

1. Les informations sont tirées du document *Consentement à la transfusion de produits sanguins labiles : guide destiné aux médecins*, produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2023.

Risques associés aux produits sanguins labiles				
Réactions transfusionnelles ²	Fréquence (par unité de produit sanguin labile)			
	Culots	Plaquettes	Plasma	Tous les labiles
Réaction fébrile non hémolytique	1 sur 555	1 sur 384	1 sur 2 850	1 sur 627
Réaction allergique mineure	1 sur 1 376	1 sur 181	1 sur 531	1 sur 734
Développement d'anticorps irréguliers	1 sur 1 103	1 sur 10 516	1 sur 113 049	1 sur 1 554
Œdème aigu pulmonaire post-transfusionnel	1 sur 2 742	1 sur 3 814	1 sur 6 783	1 sur 3 330
Réaction hypotensive post-transfusionnelle	1 sur 13 779	1 sur 11 568	1 sur 37 683	1 sur 15 664
Réaction allergique majeure	1 sur 53 394	1 sur 5 258	1 sur 11 695	1 sur 21 620
Réaction hémolytique aiguë	1 sur 45 442	1 sur 57 839	1 sur 339 148	1 sur 56 853
Réaction hémolytique retardée	1 sur 19 241	1 sur 347 036	1 sur 339 148	1 sur 27 169
TRALI de type 1 ou de type II	1 sur 177 980	1 sur 69 407	1 sur 113 049	1 sur 146 193
Contamination bactérienne	1 sur 2 135 755	1 sur 115 679	–	1 sur 767 513
Purpura post-transfusionnel	1 sur 711 918	1 sur 173 518	–	1 sur 614 011
Réaction du greffon contre l'hôte	Moins de 1 sur 4 millions			
Infections virales ³	Fréquence (par unité de produit sanguin labile)			
Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	1 sur 32 millions			
Virus de l'hépatite C (VHC)	1 sur 25 millions			
Virus de l'hépatite B (VHB)	1 sur 2 millions			
Virus T-lymphotrope humain (HTLV)	1 sur 11 millions			
Virus du Nil occidental (VNO)	Faible (varie selon les années, et négligeable hors saison)			
Autres virus (parvovirus B-19, CMV, VEB, etc.)	Faible			
Autres	Fréquence			
Malaria	–	–	–	1 sur 12 millions
Variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (VMCJ)	Extrêmement rare			
Décès	1 sur 177 980	1 sur 115 679	1 sur 339 148	1 sur 191 878

2. Selon les réactions transfusionnelles rapportées au système d'hémovigilance du Québec pour la période allant de 2011 à 2020.

3. Notice d'accompagnement des produits sanguins distribués par Héma-Québec, novembre 2021, présentant les risques résiduels calculés d'après l'incidence de ces infections chez les donneurs d'Héma-Québec au cours de la période du 1er mai 2011 au 30 avril 2021.

Risques associés aux produits sanguins dérivés du plasma humain (stables)
Veillez vous référer à la monographie du produit sanguin dérivé du plasma humain afin de juger des risques à discuter.