



\*SM02134\*



\*HOPITAL06C\*

**ORDONNANCE MÉDICALE  
PROGRAMME TRANSFUSIONNEL  
CLINIQUE AMBULATOIRE**

<input checked="" type="checkbox"/> Hôpital	<input type="checkbox"/> Hébergement (Verdun)	<input type="checkbox"/> Réadaptation (Notre-Dame et Verdun)	<input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> ligne
Poids : _____ kg      Taille : _____ Surface corporelle (m <sup>2</sup> ) : _____			
Allergie (s) : _____      Aucune connue : <input type="checkbox"/> Réactions indésirables aux médicaments : _____			
<b>PROGRAMME TRANSFUSIONNEL – CLINIQUE AMBULATOIRE (HÉMATO-MÉDECINE DE JOUR-PROTECTION RENALE) 1/2</b>			
<b>Renseignements cliniques(diagnostic) :</b> _____ (obligatoire pour les immunoglobulines)			
<input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Salle d'opération : _____			
<input type="checkbox"/> <b>Extrême urgence</b> (sans épreuve de compatibilité) : _____ Unités remises sans épreuve pré-transfusionnelle- et j'assume la responsabilité			
<b>Historique :</b> <input type="checkbox"/> Transfusion antérieure <input type="checkbox"/> Réaction transfusionnelle <input type="checkbox"/> Grossesse antérieure <input type="checkbox"/> Grossesse actuelle			
<b>Mode d'ordonnance pour les culots globulaires (cocher une seule case)</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Code 50*</b> (Groupe sanguin et recherche d'anticorps) Si la possibilité de transfusion est faible.		<input type="checkbox"/> <b>Culot globulaire requis*</b> (Groupe sanguin, recherche d'anticorps et compatibilité) Si la probabilité de transfusion est élevée	
<b>Transfuser ; transmettre résultat d'Hémoglobine avec chaque demande</b>			
<input type="checkbox"/> 1 culot si Hb ≤ _____ g/L en 2 heures ou <input type="checkbox"/> Autre : spécifiez _____ durée (max. 4 heures)			
<input type="checkbox"/> 2 culots si Hb ≤ _____ g/L en 2 heures ou <input type="checkbox"/> Autre : spécifiez _____ durée (max. 4 heures)			
<input type="checkbox"/> Furosémide _____ mg IV <input type="checkbox"/> Avant			
<input type="checkbox"/> Entre 2 culots			
<input type="checkbox"/> 30 minutes après le début de chaque culot			
<b>Transfuser autres produits :</b> <input type="checkbox"/> Immunoglobulines _____ g IV selon protocole (poids obligatoire)			
<input type="checkbox"/> Plaquettes _____ unités si plaquettes ≤ _____			
<input type="checkbox"/> Albumine _____ % pour compenser le volume enlevé : administrer _____ g albumine par _____ litre(s) retiré(s)			
Fréquence q : _____			
<b>Prémédication :</b> <input type="checkbox"/> Acétaminophène 650 mg PO			
<input type="checkbox"/> Hydrocortisone _____ mg IV			
<input type="checkbox"/> DiphenydrAMINE _____ mg IV			
<input type="checkbox"/> Pour les transfusions non urgentes : consentement libre et éclairé obtenu de l'utilisateur ou de son représentant légal			
Cette ordonnance est valable _____ semaines			
<b>Nom du prescripteur</b> (en lettres moulées) : _____			<b>N° permis :</b> _____
<b>Signature du prescripteur :</b> _____			<b>Date et heure :</b> _____
<b>Signature du préleveur :</b> _____		<b>N° permis :</b> _____	<b>Date et heure :</b> _____



\*SM02134\*



\*HOPITAL06C\*

**ORDONNANCE MÉDICALE  
PROGRAMME TRANSFUSIONNEL  
CLINIQUE AMBULATOIRE**

**PROGRAMME TRANSFUSIONNEL – CLINIQUE AMBULATOIRE (HÉMATO-MÉDECINE DE JOUR-PROTECTION RENALE) 2/2**

**Risques transfusionnels :**

Estimation du risque	Risques transfusionnels
1/20	Réaction fébrile non hémolytique : plaquettes
1/100	Urticaire (réaction allergique mineure)
1/300	Réaction fébrile non hémolytique : culot
1/700	Surcharge circulatoire liée à la transfusion
1/700	Réaction hémolytique retardée
1/10 000	Syndrome respiratoire aigu post-transfusionnel (Trali)
1/10 000	Septicémie bactérienne : plaquettes
1/40 000	Erreur ABO
1/40 000	Anaphylaxie (réaction allergique sévère)
1/60 000	Décès septiques : plaquettes
1/1 691 967	Hépatite B
1/250 000	Septicémie bactérienne : culot
1/500 000	Décès septicémie bactérienne : culot
Voir commentaires	Virus du Nil occidental – hors saison, le risque est négligeable et demeure variable selon les années
1/11 843 267	Hépatite C
1/4 000 000	Maladie de Chagas
1/12 500 638	HTLV (virus humains T-Lymphotropes)
1/23 126 293	VIH

**Sources :**

Callum JL, Pinkerton PH, Karkouti K, Pendergrast JM, Robitaille N, Tinmouth AT, Webert KE (2011). Blood transfusions, Blood alternatives and transfusion reaction. A guide to transfusion medicine. Ontario Regional Blood coordinating Network (3<sup>e</sup> édition).

Société canadienne du sang (2013). Guide de la pratique transfusionnelle. Référé à <https://professionaleducation.blood.ca/fr/transfusion/guide-de-la-pratique-transfusionnelle>.

Circulaire HQ-18-039 Risque transfusionnel de transmission des infections virales attribuable à la période muette.

*Préparée par : Dr Martin Champagne, Hémato-oncologue, Suzanne Leroux, infirmière, chef d'unité d'endoscopie et de l'hémato-oncologie, Charles Bienvenue, Coordonnateur technique Banque de sang, Shirley Gesse, CCSI-Santé physique  
Entérinée par l'exécutif du CMDP du CIUSSS le : 08 octobre 2019.*