



PROCOLE

P- 003 PROCOLE DE TRANSFUSION MASSIVE

INDICATIONS : Débuter ce protocole suite à une ordonnance individuelle du médecin traitant (urgentiste, intensiviste, chirurgien, gynécologue-obstétricien, anesthésiologiste) uniquement pour les patients de l'unité d'urgence, de la salle d'opération, des soins intensifs et intermédiaires et de l'unité mère-enfant.

BUT : Corriger le choc hémorragique et prévenir les coagulopathies secondaires.
Assurer une administration efficiente des produits sanguins et la médication dans les délais pré-établis.

MANIÈRE DE PROCÉDER :

1. Tous les intervenants doivent respecter le logigramme d'application du protocole de transfusion massive.
2. Au déclenchement du Protocole, prélever immédiatement deux tubes à bouchon rose et compléter la requête « Banque de sang ».
3. Administrer les produits sanguins et la médication selon les séquences décrites au tableau ci-joint.
4. Installer une voie centrale lorsque possible.
5. Assurer l'utilisation des mesures nécessaires pour minimiser l'hypothermie notamment réchauffe-solutés, soufflerie / couvertures chaudes, réchauffement des gaz du respirateur.
6. Considérer d'autotransfuser les hémothorax, le cas échéant.
7. À chaque heure, effectuer un prélèvement sanguin et demander les analyses suivantes : FSC, INR-PTT, fibrinogène, Na-K-Cl-Ca ionisé, acide lactique, gaz artériel ou capillaire.
8. Documenter les produits sanguins administrés et la médication donnée.
9. Avec toute activation du protocole, l'assistance-infirmière-chef (AIC) de l'urgence ou l'AIC du bloc opératoire avise l'AIC de l'unité des soins intensifs qu'un protocole est en cours dans la demi-heure qui suit le déclenchement.

DOCUMENTATION :

Inscrire dans la section « Ordonnance médicale » ou autre document approprié : « Transfusion massive selon protocole ».

Inscrire sur la feuille de réanimation liquidienne ou autre document approprié, tous les produits sanguins administrés, incluant l'heure, le type de produit et le nombre de mL ainsi que les examens de laboratoire prélevés.



PROTOCOLE

P- 003 PROTOCOLE DE TRANSFUSION MASSIVE

TABLEAU : SÉQUENCES DE FOURNITURES DES PRODUITS SANGUINS ET DES MÉDICAMENTS

Usager en provenance d'un centre référent / d'une autre unité de soins



- Vérifier si l'usager a reçu des produits sanguins ou s'il est sous PTM. Le cas échéant, considérer de poursuivre le PTM à partir de l'étape 2
- Vérifier si l'usager a reçu du Cyklokapron, du CCP, du Chlorure de calcium
 - Vérifier la dose
 - Aviser le médecin

ÉTAPE	TEMPS (h/min)	CULOTS	PLASMAS	PLAQUETTES	CRYO PRÉCIPITÉS	Chlorure de calcium *	Acide tranexamique (Cyclokapron)	CCP** (Bérixplex)
							TRAUMA seulement	Usager sous WARFARIN
Déclenchement							1ère dose: 1 g IV STAT en 10 min	Dose CCP :: 2000 UI IV ET Vitamine K 10 mg IV
1	0	4	4				Dose subséquente : 1 g en perfusion IV sur 8 h	
2	30 min	4	4	5 (1 sac)	10 (1 sac)			
3	1 h	4	4	5 (1 sac)		1g IV		
4	1 h 30	4	4	5 (1 sac)				
5	2 h	4	4	5 (1 sac)	10 (1 sac)	1g IV		
6	2 h 30	4	4	5 (1 sac)				
7	3 h	4	4	5 (1 sac)		1g IV		
8	3 h 30	4	4	5 (1 sac)	10 (1 sac)			
9	4 h	4	4	5 (1 sac)		1g IV		
10	4 h 30	4	4	5 (1 sac)				
11	5 h	4	4	5 (1 sac)	10 (1 sac)	1g IV		
12	5 h 30	4	4	5 (1 sac)				
13	6h	4	4	5 (1 sac)		1g IV		

* Chlorure de calcium : Première dose : 1 g IV à l'étape 3

Dose subséquente: 1 g IV à chaque heure jusqu'à la fin du PTM

**CCP : Concentré de complexe prothrombique



PROTOCOLE

P- 003 PROTOCOLE DE TRANSFUSION MASSIVE

APPROBATION DES DÉPARTEMENTS (OU SERVICES) IMPLIQUÉS

Nom : Département de médecine d'urgence

Titre : Dre Marie-Michelle Robert, chef du Département

Signature :

Date :

Nom : Service des soins intensifs

Titre : Dr Patrick Bellemare, chef du Service

Signature :

Date :

Nom : Département d'anesthésiologie

Titre : Dr Guy Beaubien, chef du Département

Signature :

Date :

Nom : Département de chirurgie

Titre : Dr Ronald Denis, chef du Département

Signature :

Date :

PROCESSUS DE CONSULTATION ET D'APPROBATION

Comité de pharmacologie (consultation si applicable)

Signature: _____ Date : _____

Comité de médecine transfusionnelle

Signature : _____ Date : _____

CII (ou DSI) (consultation si applicable)

Signature: _____ Date : _____

CM (consultation si applicable)

Signature: _____ Date : _____

CECMDP (approbation obligatoire)

Signature: _____ Date : _____

Date de révision :

Original signé

MOT-CLÉ : TRANSFUSION