

5. EVENEMENT INDESIRABLE GRAVE

Incident grave de la chaîne transfusionnelle

Type d'incident : erreur d'attribution de produits sanguins labiles/ anomalie d'identification des patients

Domage patient : transfusion de deux poches de concentré de globules rouges d'un mauvais groupe



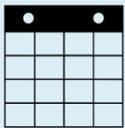
LES FAITS :

Résumé contextuel :

Prise en charge simultanée par les urgences hospitalières de deux patients inconscients :

Patient 1 : plaie hémorragique importante

Patient 2 : polytraumatisé grave instable avec pronostic vital engagé



H.0 : Patient 1 : prescription d'un groupage sanguin sous l'identité **TEMPOGAAAAAA X** (groupe A) ;

Patient 2 : prescription d'un groupage sanguin sous identité **TEMPOGA B XXXX** et de 10 concentrés de globules rouges (CGR)/3 plasmas (PFC)/1 concentré de Plaquettes selon la procédure d'urgence vitale (sans attendre le résultat du groupage sanguin)

H.30mn : en prévision du transfert du patient 2 au bloc chirurgical urgences, une nouvelle prescription de 5 CGR et 5 PFC est faite par l'équipe du bloc sous l'identité temporaire **TEMPOGA**

H.1h15mn : le technicien de garde EFS rattache la demande concernant le patient 1 à l'identité et TEMPOGAAAAAA X déjà groupé A. Il délivre 5 CGR de groupe A et 5 PFC AB avec une fiche de délivrance sous l'identité du patient 1 (**TEMPOGAAAAAA X**) mais adressée au bloc en charge du patient 2.

H.1h45mn : arrivée du patient 2 au bloc. Son dossier comporte des étiquettes rééditées par le service des urgences au nom de **TEMPOGA né TEMPO Y**. Transfusion immédiate sous accélérateur des CGR de groupe A sans attendre le résultat du test de compatibilité. Devant les résultats de ce test **obtenu alors que 2 CGR et demi ont déjà été transfusés**, montrant un patient de groupe O. La transfusion de CGR A est interrompue et reprise avec des CGR O. Pas de signe clinique d'intolérance particulier (patient présentant déjà une CIVD et des saignements en nappe).

H.4 : décès du patient au décours de sa prise en charge chirurgicale lourde.

J4 : L'ARS informée de l'incident demande une analyse des causes racine du dysfonctionnement et un bilan d'étape de la mise en place des mesures correctives à 6 mois

#	LES DYSFONCTIONNEMENTS	LES CAUSES	LES MESURES PRISES
1	Erreur d'identification temporaire du patient	Procédure d'identification temporaire des patients complexe et perfectible	Révision de la procédure d'identification temporaire des patients
2	Rapprochement indu d'identité lors de la délivrance des produits sanguins labiles (PSL)	Procédure d'identification temporaire des patients complexe et perfectible Absence de procédure conjointe CHU/EFS pour la prise en charge des transfusions massives en urgence vitale	Révision de la procédure d'identification temporaire des patients Etablissement d'une procédure conjointe CHU/EFS pour la prise en charge des transfusions massives en urgence vitale
3	Contrôle de concordance d'identité incomplet à réception des PSL	défaillance de la prise en charge d'un patient en urgence vitale	Rappel des procédures et renforcement des démarches de formation
4	Absence de contrôle de compatibilité préalable à la transfusion	défaillance de la prise en charge d'un patient en urgence vitale	Rappel des procédures et renforcement des démarches de formation

Principaux enseignements :

- l'identification temporaire d'un patient inconscient est une étape clef de sa prise en charge
- La procédure doit être simple et ne pas générer de quasi doublons