



HQ-22-035

CIRCULAIRE

Mise en vigueur - Requête plaquettes HLA/HPA Compatibles et granulocytes par aphérèse

Le 21 juin 2022

**AU DIRECTEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU CHEF TECHNOLOGISTE/COORDONNATEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU RESPONSABLE DE LA BANQUE DE SANG**

Madame,
Monsieur,

Dans le cadre de l'amélioration du processus des demandes de plaquettes HLA compatibles, la requête *ENR-00786 - Requête de plaquettes ou granulocytes par aphérèse* a été modifiée. Cette démarche d'amélioration du processus des demandes s'effectue dans un objectif de simplifier le processus et surtout de s'assurer de la pertinence clinique de ces demandes.

- La requête **ENR-00786** - *Requête de plaquettes ou granulocytes par aphérèse* devient la requête **ENR-00786** - *Requête de plaquettes HLA/HPA Compatibles*.
- La requête **ENR-03871** - *Requête de granulocytes par aphérèse* a été créée.

Ces nouvelles requêtes sont disponibles en annexes pour référence.

Voici quelques précisions quant aux changements qui ont été apportés à la requête **ENR-00786** - *Requête de plaquettes HLA/HPA Compatibles* :

- **À partir du 4 juillet 2022**, toutes les demandes de plaquettes HLA/HPA compatibles devront être acheminées au Service Clientèle Hôpitaux à l'aide de la requête ENR-00786. Cette requête sera disponible sur notre site Web en format PDF éditable. La requête TraceLine utilisée pour commander des plaquettes HLA compatibles ne sera plus acceptée, le numéro de la commande TraceLine devra donc être retranscrit sur la requête ENR-00786.
- Lors d'une demande de plaquettes HLA compatibles pour les patients avec présence d'anticorps anti-HLA, la grille de substitution de groupe ABO suivante sera utilisée :

GROUPE ABO DU PATIENT	CHOIX 1	CHOIX 2	CHOIX 3	CHOIX 4	CHOIX 5
A	A	O.T.E.N.D*	AB	B	O
B	B	O.T.E.N.D*	AB	A	O
AB	AB	O.T.E.N.D*	A	B	O
O	O	B	A	AB	S/O



Produits sanguins
Cellules souches
Tissus humains

4045, boul. Côte-Vertu
Saint-Laurent (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000
Télécopieur : 514 904-8350
Télécopieur : 1 866 811-9465

1070, avenue des Sciences-de-la-Vie
Québec (Québec) G1V 5C3
Téléphone : 418 780-4362
Télécopieur : 1 866 811-9465

HQ-22-035

CIRCULAIRE

- **Pour les patients de groupes A, B ou AB, les choix 1, 2 et 3 seront considérés d'emblée.** Si des donneurs compatibles de choix 1, 2 ou 3 ne sont pas disponibles, le directeur médical de la banque de sang de votre centre hospitalier sera contacté pour obtenir son accord pour les choix 4 et 5, à moins que cela n'ait déjà été inscrit au préalable dans la section 3C de la requête (« choix 4 et 5 acceptés »).
- **Pour les patients de groupe O, tous les groupes ABO sont acceptés d'emblée. Aucun appel ne sera effectué.**
- Dans les rares cas où le choix de groupe ABO de substitution serait limité selon vos politiques (ex. patient greffé non isogroupe), veuillez l'inscrire dans la section 3C **et inscrire la raison clinique expliquant cette limitation.**

Vous êtes invités à vous référer à la circulaire *HQ-22-014 - Demande de plaquettes d'aphérèse HLA/HPA (envoyée en mars 2022)* pour visualiser les rappels relatifs aux demandes de plaquettes HLA compatibles.

Nous vous invitons à consulter nos circulaires sur notre site Web à www.hema-quebec.qc.ca, dans la section intitulée *Professionnels de la santé/Produits sanguins/Circulaires d'information*.

Nous demeurons à votre disposition pour toute information additionnelle. Veuillez agréer, Madame, Monsieur, nos salutations cordiales.

Original signé par

Marie-Hélène Robert
Directrice au partenariat clinique avec les centres hospitaliers

- c. c. M^{me} Nathalie Fagnan, présidente et chef de la direction
M^{me} Christine Ouimet, vice-présidente à la chaîne d'approvisionnement
M^{me} Geneviève LeBrun, vice-présidente à l'expérience clientèles et intelligence d'affaires
M. Luc Lévesque, vice-président aux produits sanguins et lait maternel
M^{me} Annie Gingras, vice-présidente à la qualité et au développement
D^r Marc Germain, vice-président aux affaires médicales et à l'innovation
D^{re} Nancy Robitaille, vice-présidente à la médecine transfusionnelle
D^r Christian Renaud, directeur médical en microbiologie et épidémiologie
M. Louis-Philippe Gagné, directeur service à la clientèle et planification

REQUÊTE DE PLAQUETTES HLA OU HPA COMPATIBLES

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE HOSPITALIER			
Nom du centre hospitalier : _____		Date de la requête : _____	
No du centre hospitalier : _____		Numéro de la commande : _____	
Médecin prescripteur : _____		#Permis : _____	
Directeur de la banque de sang référant : _____			
SECTION 2 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT			
Nom : _____		Prénom : _____	Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____		# RAMQ : _____	
Diagnostic : _____		ABO/Rh : _____	
Nature de la demande			
<input type="checkbox"/> État réfractaire aux transfusions de plaquettes (Passer à la section 3A)			
<input type="checkbox"/> Plaquette HPA compatibles (Passer à la section 3B)		<input type="checkbox"/> Modification d'une commande active (Passer à la section 4)	
SECTION 3 - ÉVALUATION INITIALE DU PATIENT			
SECTION 3A - ÉTAT RÉFRACTAIRE AUX TRANSFUSIONS DE PLAQUETTES (Pour un complément d'information, utiliser la section Informations additionnelles)			
Le patient présente-t-il des saignements actifs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numération plaquettaire actuelle : _____ X10 ⁹ /L			
Résultat de numération pour un état réfractaire aux transfusions de plaquettes isogroupes.			
Date : _____		Numération plaquettaire pré-transfusion : _____ X10 ⁹ /L 10-60 min post-transfusion : _____ X10 ⁹ /L	
Date : _____		Numération plaquettaire pré-transfusion : _____ X10 ⁹ /L 10-60 min post-transfusion : _____ X10 ⁹ /L	
Des anticorps anti-HLA /anti-HPA ont-ils été détectés chez le patient au cours des 6 derniers mois? (si ≥ 6 mois, nouveaux tests requis)			
<input type="checkbox"/> Non (Envoyer une requête d'analyse ENR-00555 et les échantillons au Laboratoire de Référence-Immunologie Plaquettaire)			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Le patient a été testé par Héma-Québec			
<input type="checkbox"/> Le patient a été testé au Centre hospitalier (Joindre les rapports de recherche d'anticorps anti-HLA et de typage HLA et envoyer une requête d'analyse ENR-00555 et les échantillons requis pour la recherche d'anticorps anti-HPA)			
SECTION 3B - PLAQUETTES HPA COMPATIBLES			
<input type="checkbox"/> Transfusion intra-utérine ou nouveau-né à naître (Documenter les renseignements au nom de la mère. Lors de la sélection du produit, un CMV négatif sera priorisé.) Si le choix des groupes ABO doit être priorisé, l'indiquer ici : _____			
<input type="checkbox"/> Nouveau-né (Documenter les renseignements au nom de la mère à la section 2) ABO/Rh du nouveau-né : _____			
<input type="checkbox"/> Autres : _____			
SECTION 3C - INFORMATIONS ADDITIONNELLES (Justifier la sélection particulière de produit en fonction du portrait clinique du patient)			
SECTION 4 : RENSEIGNEMENT SUR LA COMMANDE			
<input type="checkbox"/> Demande urgente, transfusion dès que possible (Héma-Québec acheminera les produits dans les meilleurs délais si le receveur répond aux critères minimaux et que des donneurs compatibles sont identifiés)			
<input type="checkbox"/> Transfusions planifiées (4 sem. maximum) Date de début : _____ Date de fin : _____			
Fréquence : <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Me <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D			
Plaquette irradiée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
IMPORTANT : À l'intérieur des 7 jours suivant la transfusion du patient, la comptabilisation des numérations plaquettares pré et post (10-60 min) transfusion HLA compatible doit être acheminée à Héma-Québec.			
SECTION 5 : RÉSERVÉ À HÉMA-QUÉBEC			
Section Recrutement	# Don : _____ # Donneur : _____ Date RV : _____		Fait par paraphe/date
	# Patient : _____ Code(s) de produit(s) : <input type="checkbox"/> E3087V00 <input type="checkbox"/> E3088V00		Véifié par paraphe/date
Section SCH	# Commande : _____ Date de livraison : _____		Fait par paraphe/date
Transport : <input type="checkbox"/> Banque AM <input type="checkbox"/> Banque PM <input type="checkbox"/> Tournée : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____			

REQUÊTE DE GRANULOCYTES PAR APHÉRÈSE

IMPORTANT : Ce formulaire « ENR-03871 » doit être rempli par le Centre Hospitalier. De plus, le formulaire « ENR-00533 Demande et libération de produits avec analyses incomplètes » doit aussi être rempli.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT (RECEVEUR)	Nom : _____	Prénom : _____															
	Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____	Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>															
	Groupe sanguin: <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB Rh : _____																
RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE HOSPITALIER	Nom du centre hospitalier : _____																
	N° de client : _____	Demandée par : _____															
	Nom du médecin requérant : _____																
	Directeur médical de la BS : _____																
Téléphone du Directeur médical de la BS : _____																	
DIAGNOSTIC et indications de transfusion : _____ _____ _____		Date de début (jj/mm/aaaa) : _____ Quantité demandée : _____ Fréquence : _____ Durée du traitement (nbr de jours) : _____															
GRANULOCYTES PAR APHÉRÈSE : IRRADIÉES <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Anti-CMV NÉG. <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>																	
Tableau de sélection du groupe ABO pour les unités de granulocytes (À titre informatif)																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Groupe du receveur</th> <th>1^{er} choix</th> <th>2^{ème} choix</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>O</td> <td>O</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>A</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AB</td> <td>AB</td> <td>A*</td> </tr> </tbody> </table>			Groupe du receveur	1 ^{er} choix	2 ^{ème} choix	O	O		A	A		B	B		AB	AB	A*
Groupe du receveur	1 ^{er} choix	2 ^{ème} choix															
O	O																
A	A																
B	B																
AB	AB	A*															
<p>* : Sera considéré si des granulocytes de groupe AB ne sont pas disponibles. Le CH sera contacté au préalable pour l'informer et obtenir son autorisation.</p>																	
Commentaire additionnel (Si applicable): _____ _____ _____																	

**FAIRE PARVENIR PAR TÉLÉCOPIEUR AU SERVICE À LA CLIENTÈLE-HÔPITAUX (514) 904-2522 / 1 (866) 811- 9465
POUR JOINDRE LE SERVICE À LA CLIENTÈLE-HÔPITAUX, COMPOSER LE 514 832 5000/1 (888) 666 4362 POSTE # 6909 OU
ENVOYER UN COURRIEL AU SAC.HOPITAUX@HEMA-QUEBEC.QC.CA**