



CIRCULAIRE

HQ-24-006

DEMANDES DE PLAQUETTES HLA COMPATIBLES - MODIFICATIONS

Le 23 février 2024

**AU DIRECTEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU CHEF TECHNOLOGISTE / COORDONNATEUR DE LA BANQUE DE SANG
AU PERSONNEL DE LA BANQUE DE SANG
AU DIRECTEUR DU CENTRE D'HÉMOPHILIE**

Madame,
Monsieur,

À compter du **4 mars 2024**, des modifications seront apportées au processus de demandes de plaquettes HLA compatibles. Dans le cadre de ce changement de processus à l'interne, nous avons procédé à de légères modifications à la requête de demande de plaquettes HLA compatibles (ENR-000786[3]) qui sont décrites ci-dessous. Cette version est disponible en Annexe I et sera déposée sur le site web d'Héma-Québec en format éditable le 4 mars prochain.

- **Section 2 - Nature de la demande** : Ce sont désormais quatre choix au lieu de trois qui sont offerts pour décrire la nature de la demande. Nous avons ajouté la mention de « Demande initiale » et ajouté un choix de « Prolongation d'une commande active ». Voir les changements en **rouge**.

Requête actuelle	Requête à partir du 4 mars
<input type="checkbox"/> États réfractaires aux transfusions de plaquettes	<input type="checkbox"/> État réfractaire transfusions de plaquettes (Demande initiale)
<input type="checkbox"/> Plaquettes HPA compatibles	<input type="checkbox"/> Plaquettes HPA compatibles
<input type="checkbox"/> Modification d'une commande active	<input type="checkbox"/> Modification d'une commande active <input type="checkbox"/> Prolongation d'une commande active

- La case « **modification d'une commande active** » devra être sélectionnée lorsque soit le nombre, la fréquence ou les jours ciblés de transfusions sont modifiés dans la section 4.
- La case « **Prolongation d'une commande active** » devra être sélectionnée lorsque la commande demeure la même dans la section 4, mais qu'on souhaite la prolonger après le délai maximal de 4 semaines.

CIRCULAIRE

HQ-24-006

● **Section 4 – Renseignement sur la commande :**

Requête actuelle	Requête à partir du 4 mars 2024
<p><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)</p> <p><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</p>	<p><input type="checkbox"/> Besoin immédiat (L'unité de plaquettes la plus compatible disponible en inventaire sera sélectionnée. Si le résultat d'identification des anticorps et de typage HLA/HPA sont inconnus ou en attente, une plaquette régulière sera distribuée).</p> <p style="text-align: center;">ET/OU</p> <p><input type="checkbox"/> Dès que possible ou transfusion planifiée (Des donneurs compatibles seront contactés) Durée du traitement : 4 sem. maximum Nombre de produit(s) : _____ Fréquence : _____ Date début : _____ Date fin : _____ Jour de transfusion fixe (facultatif) <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</p> <p>IMPORTANT : À l'intérieur des 7 jours suivant la transfusion du patient, la comptabilisation des numérations plaquettaires pré et post (10-60 min) transfusion HLA compatible doit être acheminée à Héma-Québec.</p>

Besoin immédiat : Si vous devez transfuser un patient **aujourd'hui**, sélectionner cette case. Une plaquette disponible en inventaire à Héma-Québec la plus compatible possible pour le typage HLA et les anticorps anti-HLA connus vous sera acheminée (lundi au samedi). Attention : Si un besoin est à prévoir pour les **dimanches** et les **jours fériés (lundi)**, soumettre vos requêtes au plus tard le samedi.

Dès que possible ou transfusion planifiée:

Sélectionner cette case pour les patients qui nécessitent des plaquettes HLA compatibles de manière continue, avec ou sans « besoin immédiat ». Lorsque cette case est sélectionnée sans « besoin immédiat », cela signifie que vous souhaitez attendre qu'une plaquette provenant d'un donneur compatible soit disponible, ce qui pourrait prendre plusieurs jours. Dans l'intervalle, les produits les plus compatibles disponibles seront livrés (plaquettes HLA typées provenant de donneurs s'étant présentés spontanément dans une collecte).

Inscrire une **date ultérieure à la date du jour** comme date de début et indiquer la fréquence, le nombre de produits et le(s) jour(s) de transfusion fixe lorsque disponible. Il y a désormais une case « commentaire » au formulaire si vous souhaitez nous fournir de l'information complémentaire importante en lien avec la commande.

CIRCULAIRE

HQ-24-006

ATTENTION : La livraison de plaquettes HLA compatibles sera effectuée le jour de la transfusion indiqué sur la requête, mais l'heure de livraison n'est pas garantie. Si la transfusion est prévue en avant midi, svp indiquer dans la case commentaire le jour de livraison souhaité (la veille) pour vous assurer d'avoir la plaquette en main.

Suivi des résultats pré et post transfusion plaquettaire : Pour s'assurer de l'utilisation pertinente de donneurs pour un patient, il est important de nous acheminer les résultats des décomptes plaquettaires pré et post (10 à 60 minutes) transfusion dans les 7 jours suivant la transfusion des plaquettes.

- **Tableau de substitution de groupes des plaquettes selon le groupe sanguin (ABO) du patient** : Le tableau de substitution de groupes a été mis à jour pour inclure de groupe « GCS » et les choix de plaquettes qui seront sélectionnés dans l'ordre.

GROUPE ABO DU PATIENT	1 ^{ER} CHOIX	2 ^E CHOIX	3 ^E CHOIX	4 ^E CHOIX	5 ^E CHOIX
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
GCS	O T.E.N.D*	A	AB	B	O

Veillez communiquer avec nous pour toute question ou préoccupation en lien avec ce changement au courriel suivant : marie-helene.robert@hema-quebec.qc.ca.

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

Nous demeurons à votre disposition pour toute information additionnelle.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos plus cordiales salutations.

Original signé par

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



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

CIRCULAIRE

HQ-24-006

- c. c.
- Mme Nathalie Fagnan, présidente et chef de la direction
 - Dr Marc Germain, vice-président aux affaires médicales et à l'innovation
 - Dre Nancy Robitaille, vice-présidente à la médecine transfusionnelle
 - Dr Christian Renaud, directeur médical en microbiologie et épidémiologie
 - Dre Catherine Latour, directrice médicale, hématologie et cellules souches
 - Mme Christine Ouimet, vice-présidente à la chaîne d'approvisionnement
 - Mme Annie Gingras, vice-présidente à la qualité et au développement
 - M. Louis-Philippe Gagné, directeur du service à la clientèle hospitalière et de l'expédition des produits biologiques
 - Mme Geneviève Lebrun, vice-présidente à l'expérience clientèles et intelligence d'affaires
 - M. Luc Lévesque, vice-président aux produits sanguins et lait maternel

CIRCULAIRE

HQ-24-006

ANNEXE I



REQUÊTE DE PLAQUETTES HLA OU HPA COMPATIBLES

SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE CENTRE HOSPITALIER	
Nom du centre hospitalier : _____	Date de la requête : _____
N° du centre hospitalier : _____	Numéro de la requête Traceline : _____
Médecin prescripteur : _____	#Permis : _____
Directeur médical de la banque de sang : _____	
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 transfusions de plaquettes (Demande initiale)(Section 3A et 4) <input type="checkbox"/> Plaquettes HPA compatibles (Section 3B et 4)	
<input type="checkbox"/> Modification d'une commande active (Section 4)	
<input type="checkbox"/> Prolongation d'une commande active (Section 4)	
SECTION 3 - ÉVALUATION INITIALE DU PATIENT	
SECTION 3A - ÉTAT RÉFRACTAIRE AUX TRANSFUSIONS DE PLAQUETTES	
Le patient présente-t-il un saignement actif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Numération plaquettaire la plus récente : _____ X10 ⁹ /L Date (maximum 7 jours) : _____	
Résultats 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"/> Analyses en cours (Si non fait, 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 (Résultats connus)	
<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"/> Besoin immédiat (L'unité de plaquettes la plus compatible disponible en inventaire sera sélectionnée. Si le résultat d'identification des anticorps et de typage HLA/HPA sont inconnus ou en attente, une plaquette régulière sera distribuée).	
et/ou <input type="checkbox"/> Dès que possible ou transfusion planifiée (Des donneurs compatibles seront contactés) Durée du traitement : 4 sem. maximum	
Nombre de produit(s) : _____ Fréquence : _____ Date début : _____ Date fin : _____	
Jour de transfusion fixe (facultatif) <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 par : <input type="checkbox"/> Héma-Québec <input type="checkbox"/> Centre hospitalier Raccordement stérile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Commentaires : _____	

IMPORTANT : Les numérations plaquettaires pré et post (10-60 min) transfusion HLA compatible doivent être acheminées à Héma-Québec dans les 7 jours.	

Héma-Québec (SCH) : Transmettre ce formulaire au Laboratoire de référence pour initiation du ENR-04148.