**Rapport sur les protéines plasmatiques et produits connexes   
à redistribuer**

1. **Principe** 
   1. Les hôpitaux s’efforceront de redistribuer leurs produits qui arrivent à leur date de péremption

1. **Raison d’être** 
   1. Fournir une procédure uniforme de suivi et de repérage des produits sanguins à redistribuer entre les hôpitaux ontariens
2. **Exigences particulières - s.o.**
3. **Politiques et procédures connexes**
   1. Glossaire et abréviations
4. **Matériel – s.o.**

1. **Contrôle de la qualité – s.O**
2. **Procédure**

|  |  |
| --- | --- |
| **ÉTAPES** | **INSTRUCTIONS** |
| 7.1 Réception du rapport de péremption envoyé par le RRoCS | * + 1. Tout hôpital qui a accepté de participer au programme de redistribution des produits sanguins recevra par courriel le 15e jour ± 3, aux deux mois, un rapport de péremption des dérivés de protéines plasmatiques produit par le RRoCS; le rapport sera envoyé à la personne contact désignée     2. L’hôpital doit vérifier dans son stock s’il y a des produits bientôt périmés (moins de six mois) et les comparer à ceux qui figurent dans le rapport et des produits que l’établissement ne prévoit pas utiliser.  |  |  | | --- | --- | | *Si* | *vous devez* | | vous trouvez dans vos stocks des produits qui seront périmés dans 6 mois ou moins et qui figurent dans la liste du rapport | * Indiquer le nombre de flacons dont l’hôpital dispose et qui pourraient être redistribués. * Passer à l’étape 7.2   *Nota : les produits qui peuvent être utilisés avant leur péremption n’ont pas besoin d’être signalés* | | vous n’avez en stock aucun produit dont la date de péremption est de 6 mois ou moins | * Cocher la case à la première page du rapport pour indiquer que vous n’avez aucun de ces produits en stock * Passer à l’étape 7.2 | | vous avez en stock des produits qui seront périmés en moins de 6 mois mais qui ne figurent pas dans le rapport, | * Indiquer le nombre de flacons dont l’hôpital dispose et qui pourraient être redistribués. * Passer à l’étape 7.2   *Nota : les produits qui peuvent être utilisés avant leur péremption n’ont pas besoin d’être signalés* | | vous avez reçu des produits pour un patient, mais vous n’en avez plus besoin, | * Indiquer le nombre de flacons dont l’hôpital dispose et qui pourraient être redistribués. * Passer à l’étape 7.2 | | des produits ont été expédiés ou commandés par erreur, | * Communiquer avec votre fournisseur local pour savoir ce qu’il faut faire. | |
| 7.2  Production du rapport de péremption | 7.2.1 Consulter le [Manuel d’utilisation](https://transfusionontario.org/wp-content/uploads/2021/09/Plasma-Protein-and-Related-Products-PPRP-Redistribution-Hospital-User-Guide_Sept2021.pdf) et la [vidéo](https://transfusionontario.org/en/redistribution-online-training/) de formation pour obtenir plus d’information sur les étapes à suivre pour remplir le questionnaire aux deux mois |
| 7.3  Analyse des rapports soumis | 7.3.1 Le RRoCS et le Programme de redistribution des concentrés de facteurs (FCRP) analysent les données qui leur parviennent.   |  |  | | --- | --- | | ***Si*** | ***vous devez*** | | un produit a une date de péremption de 6 mois ou moins, | le RRoCS et le FCRP communi-  quent avec l’hôpital en possession  du produit pour vérifier s’il est  encore en stock et prennent les  mesures nécessaires pour que  le produit soit envoyé à un autre  établissement. |   7.3.2 L’information est entrée dans la base de données pour indiquer où le produit a été expédié et à quelle date. |

1. **Références**
   1. Normes de la SCMT pour services transfusionnels en milieu hospitalier, version 5, Société canadienne de médecine transfusionnelle, décembre 2021
   2. Institute for Quality Management in Healthcare Medical Laboratory Accreditation Requirements and Guidance Information, Version 8.0, décembre 2019;IIF, 12 TM 183. L’IQMH se nomme maintenant Agrément Canada – Diagnostics

1. **REVISION HISTORY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de la révision** | **Résumé des changements** |
| 2021-07-27 | * Mise à jour des références |