



**INFORMATION ET CONSENTEMENT  
DU PATIENT TRANSFUSE**

**DOCUMENT DE REFERENCE**

ETABLI SOUS L'EGIDE

Société Française de Transfusion Sanguine

Société Française de Vigilance et Thérapeutique  
Transfusionnelle

EN PARTENARIAT

Conférence Nationale des Coordonnateurs Régionaux  
d'Hémovigilance

ET

Société Française d'Anesthésie Réanimation

Commission d'Ethique de la Société Française d'Hématologie

Commission des Référentiels et de l'Évaluation de la Société de  
Réanimation de Langue Française

Remerciements aux experts pour leurs avis juridiques

## 1. Introduction

Chaque année, un peu plus de 500 000 patients sont transfusés en France. La sécurité des produits sanguins a bénéficié ces dernières décennies de nombreux progrès diminuant significativement le risque de transmission d'agents infectieux. Néanmoins, les textes législatifs et réglementaires en vigueur sur le sujet n'ont pas été modifiés. L'information du patient sur les bénéfices et les risques liés à la transfusion et le recueil de son consentement sont nécessaires. Comment concilier en 2019 le respect de la réglementation, le souhait des usagers de recevoir une information simple sans être noyés sous de multiples documents à lire, voire à signer, et la surcharge administrative dont se plaignent les professionnels de santé.

Ce document de référence sur l'information et le consentement du patient transfusé a été élaboré à partir d'une revue nationale de la réglementation en vigueur à l'aide du Code civil (C. civ.) et du Code de la santé publique (CSP), de la littérature scientifique et des pratiques sur le sujet. Il prend également en compte l'avis de représentants des usagers et les considérations éthiques.

## 2. Historique

L'obligation d'information « claire, loyale et adaptée à l'état de santé du patient » (Art. R.4127-35 CSP), ainsi que tracée dans le dossier médical, est inscrite dans le Code de déontologie médicale du 6 septembre 1995. Elle concerne les investigations et soins qui sont proposés par le médecin. Plus spécifiquement, le texte fondateur en matière d'information des patients devant bénéficier d'une transfusion est la circulaire du 9 avril 1998 [1]. Les contours en ont été modifiés par la loi Kouchner du 4 mars 2002 [2] relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, insistant sur l'information associée à la recherche d'un consentement éclairé. Le devoir d'information, les droits du patient et la recherche de son consentement à procéder à des soins ont été renforcés, puis inscrits dans le Code de la santé publique (Art. L. 1111-2 et L. 1111-4 CSP).

L'information du patient devant être transfusé, dont il est important de préciser qu'elle a été pensée dans les suites de la période des années 1980, repose sur l'association [3,4] :

- D'une information orale : au cours d'un entretien personnel, colloque singulier entre le patient et son médecin et autres tiers dans certains cas (exemple mineurs),
- D'une information écrite : une fiche spécifique, expliquée par le médecin et remise au patient au décours de l'entretien. Un modèle a été proposé et repris par la plupart des établissements de santé dès la publication de la circulaire de 1998. Le document fut adapté au fil des ans avec une mise à jour des risques liés à la transfusion et une personnalisation plus ou moins poussée selon

les rédacteurs. Ces évolutions visaient à en rendre la lecture plus attractive et à en faciliter la compréhension par les patients.

Si la forme est variable, le fond du document remis au patient est contraint et doit préciser :

- La nature et les caractéristiques des produits disponibles.
- Leurs bénéfices attendus.
- Les risques liés à la transfusion, qu'ils soient immuno-hématologiques, infectieux, métaboliques ou autres.
- L'analyse du ratio bénéfices / risques.
- Les mesures prises pour prévenir ces risques, la surveillance immédiate et à long terme.
- L'organisation du système d'hémovigilance.

Cette remise de document doit être accompagnée d'une information orale, claire, loyale, la plus complète possible et adaptée à l'état du patient, faite par le médecin. Elle ne requiert pas de signature du patient. Contrairement à ce que croient et pratiquent nombre de prescripteurs, la signature est exigée seulement dans quelques cas très particuliers et tous hors du champ de la transfusion. Pour autant, la preuve de l'information doit pouvoir être apportée si nécessaire par le médecin (Art. L. 1111-2 CSP). En l'absence de document signé, un faisceau d'arguments sera pris en compte : tout particulièrement la tenue du dossier médical et la traçabilité (entretien, dossier, courriers, procédure d'information au sein de l'établissement de soins, connaissance par les professionnels de l'existence de la procédure et des documents, des témoignages le cas échéant).

La complexité de cette information est évidente : hors une consultation d'anesthésie pour chirurgie réglée, les patients transfusés sont souvent polypathologiques, ou pris en charge en situation d'urgence et sont dans l'incapacité de recevoir une information, ou de l'entendre, ajoutée à une annonce de diagnostic et/ou d'examen ou soins à prévoir, pour lesquels est aussi exigée une information spécifique et la remise de documents.

De nombreux audits et études réalisés [5] par les unités d'hémovigilance ont montré, sinon l'absence d'information, au moins l'absence de sa traçabilité dans les dossiers patients. Chaque année, un nombre certes faible, mais réel, de produits sanguins sont rendus non transfusés et détruits à cause du refus de transfusion d'un patient mal informé. Bien souvent, la transfusion sera retardée et finalement réalisée quelques heures plus tard ou le lendemain. Ces défaillances ont des causes multiples :

- Défaut d'information des prescripteurs eux-mêmes sur cette obligation concernant la transfusion.
- Documents obsolètes, pas mis à jour, peu attractifs, pas disponibles au bon moment, au bon endroit.

- Volonté de ne pas surcharger les patients avec une somme d'information et leur réserver celles qui sont les plus essentielles et les plus urgentes pour leur prise en charge.
- Demande claire des usagers d'avoir accès à une information, mais sans une multitude de documents plus ou moins inquiétants à lire.
- Impossibilité de recevoir cette information pour certains patients dont la situation n'est pas forcément prise en compte : si la personne de confiance peut être un recours fiable pour les majeurs, restent les patients ne maîtrisant pas la langue ou la lecture, porteurs de handicaps visuels, auditifs par exemple.

Pour autant un défaut d'information pré-transfusionnelle peut aboutir à des situations dramatiques, conflictuelles, voire à des poursuites judiciaires. Il convient de ne pas oublier que certains patients sont formellement opposés à recevoir des produits sanguins labiles, et que leur avis doit être pris en compte et respecté.

Plus de vingt ans après la parution de la circulaire du 9 avril 1998 [1], si les risques liés à la transfusion ont nettement diminué, les exigences d'information du patient gardent toute leur importance. L'information sur la transfusion doit être réalisée dans le respect du patient, conformément à la réglementation. Elle doit prendre en compte une réflexion éthique probablement plus aboutie et s'adapter aux spécificités de la personne soignée, aux pratiques des professionnels. Le passage au dossier informatisé et au zéro papier modifie les pratiques de traçabilité respectant les exigences du règlement général de protection des données (RGPD). L'informatisation du dossier transfusionnel pourrait en optimiser la gestion. Elle doit clairement intégrer la politique qualité de l'établissement de santé (charte des risques) en particulier sur l'information et le consentement au sens large pour permettre une meilleure lisibilité par les usagers. Dans le cadre de la prise en charge du patient, la mise à disposition de documents portant sur l'information et le consentement du patient représente une aide pour le personnel soignant [6].

### **3. Les enjeux : informer et recueillir le consentement**

La transfusion sanguine est l'administration thérapeutique d'un produit sanguin labile. Cet acte médical peut être délégué à un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état ou un(e) sage-femme. Comme tout acte médical la transfusion sanguine requiert l'information et le consentement préalables du patient receveur. L'information est délivrée par le médecin en charge du patient ou le prescripteur de la transfusion.

La relation médecin-malade est une relation de confiance. Ce n'est plus une relation paternaliste ni une relation verticale du détenteur d'un savoir vers un profane. Le patient participe à sa prise en

charge en vertu de son autonomie (juridique). La délivrance de cette information doit être tracée dans le dossier médical du patient.

L'étude des contentieux concernant des professionnels de santé montre que le défaut d'information revient fréquemment dans l'ensemble du domaine de la responsabilité médicale, pas seulement en transfusion. Au Royaume-Uni, une étude montre que cette information était incomplète en 2014 [5]. Pourtant des moyens y sont disponibles : feuilles d'information récentes (2016 et 2017), module de formation en ligne pour les médecins ([learnbloodtransfusion.org.uk](http://learnbloodtransfusion.org.uk)). En France, le document de référence professionnel le plus récent, celui de la SFAR, remonte à 2006 [7] (Il est actuellement en cours d'actualisation). La plupart des documents d'information sur la transfusion mis en ligne par des établissements de soins français dérivent ou sont une copie de ce document.

Cette information permet d'exposer au patient :

- L'indication de la transfusion et les bénéfices attendus.
- Les risques auxquels l'expose cette transfusion.
- L'analyse du ratio bénéfices / risques qui confirme l'indication transfusionnelle.

Cette information doit rester claire, simple, accessible, compréhensible et adaptée à ce que le patient est en droit d'entendre dans le cadre du colloque médecin patient.

Quelle que soit sa forme, l'information délivrée doit être tracée dans le dossier :

- Information orale : tracer dans le dossier que l'information est délivrée, au minimum écrire qu'ont été précisés l'indication, les bénéfices attendus, les risques et la notion d'analyse du ratio bénéfices/risques. C'est l'occasion de répondre aux questions du patient. Il est utile d'ajouter les éventuelles remarques, réserves, voire le refus du patient.
- Information écrite : la remise d'un document écrit est utile et souhaitée (modèle retenu dans l'établissement de soins) et accompagne l'information orale. La remise de ce document est tracée dans le dossier médical, une copie est conservée le cas échéant. La seule remise du document ne suffit pas et n'exonère pas d'une information orale. Il est souhaitable que les documents d'information soient adaptés aux langues les plus parlées par la patientèle de l'établissement. Les documents adaptés seront aux mieux disponibles dans le système de gestion documentaire de l'établissement et facilement accessibles au personnel soignant.
- Le recueil de la signature du patient en contre partie de la délivrance de l'information n'est pas exigé réglementairement pour les produits sanguins labiles.

Le contenu et la forme de l'information doivent être adaptés à la situation clinique du patient.

- Transfusion sans urgence (médecine et chirurgie programmée)

- Transfusion en urgence (différents contextes)
- Le patient en mesure ou non de recevoir et de comprendre l'information.

Le recueil du consentement s'inscrit dans la continuité de l'information. Il doit de même être tracé dans le dossier médical du patient. Le patient peut retirer son consentement à tout moment. Si le patient n'est pas en état de recevoir l'information et de donner son consentement, il faut le préciser dans le dossier médical (par exemple le cas d'une urgence transfusionnelle chez un patient inconscient ou incapable majeur). Le recueil de la signature du consentement n'est pas obligatoire.

A la sortie du patient, l'information post-transfusionnelle est formalisée :

- Pour le médecin traitant et le patient par le courrier de liaison (par exemple : compte-rendu d'hospitalisation qui précise la notion de transfusion, oui  non )
- Pour le patient, par le courrier qui lui est remis et qui précise le nombre et la nature de produits sanguins labiles reçus. Une ordonnance lui est remise pour une RAI post-transfusionnelle à réaliser 4 à 12 semaines après le dernier épisode transfusionnel [8-9].

#### **4. Consentement du patient transfusé**

##### **4-1. Consentement du patient transfusé : cas particuliers hors urgence**

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (Art. L. 1111-4 CSP).

La traçabilité de l'ensemble des procédures mises en œuvre : information, recueil du consentement ou du refus doit être assurée et enregistrée au sein du dossier médical.

##### **4-1-1. Patient hors d'état d'exprimer sa volonté, incapacité juridique à consentir**

- Patient sans protection juridique ou sous curatelle  
Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance, ou à défaut, la famille ou un de ses proches n'ait été consulté (Art. L. 1111-4, Art. L. 1114-6 CSP)
- Patient sous tutelle  
Le consentement du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision.

#### 4-1-2. Patients mineurs

- Autorité parentale

L'autorité parentale « appartient aux parents jusqu'à la majorité fixée à 18 ans ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne (Art. 371-2 C. civ.). Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité » (Art. 371-1 C. civ. Art. L.111-4 CSP).

La transfusion ne faisant pas partie des actes usuels pour lesquels l'autorisation d'un seul des deux parents peut suffire, elle nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.

S'il ne reste plus ni père ni mère en état d'exercer l'autorité parentale, il y aura lieu à l'ouverture d'une tutelle (Art. 373-5 C. civ.).

Le consentement du mineur doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (Art. L. 1111-4 CSP, Art 12 de la convention internationale des droits de l'enfant). Dans le cas où le refus d'un traitement par la ou les personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables.

- Volonté du mineur de garder le secret sur les soins à l'égard de ses parents (exemple de l'interruption volontaire de grossesse...).

Le mineur peut garder le secret sur les soins qu'il reçoit vis-à-vis de ses parents, et donc peut y consentir seul (Art. L. 1111-5 CSP) à condition d'être accompagné d'une personne majeure de son choix.

- Mineur étranger isolé

Lorsque l'enfant a été confié à un tiers, l'autorité parentale continue d'être exercée par les père et mère ; toutefois, la personne à qui l'enfant a été confié accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation (Art. 373-4 C. civ.).

Toutefois, un mineur étranger isolé disposant de la maturité nécessaire pourrait consentir personnellement aux soins qui le concernent. Mais dans ce cas très particulier, encore faut-il qu'il ait bien compris quels soins lui sont proposés, ce qui suppose une traduction précise s'il maîtrise mal le français. En l'absence de traduction, la transfusion n'étant pas un acte usuel, il faudra recourir au juge des tutelles.

**4-1-3. Patient ne parlant pas la langue**

L'information suppose que le patient ait bien compris l'information qui lui est donnée. Elle doit donc être faite avec l'aide d'un traducteur, et accompagnée, si possible, de la remise d'un document d'information rédigé dans une langue comprise du patient [10].

**4-2. Consentement du patient transfusé en urgence**

Le contenu de l'information doit être adapté à l'état clinique du patient.

En cas d'impossibilité d'informer le patient, cette impossibilité est tracée dans le dossier. Dès que le patient est en mesure de la recevoir, l'information doit lui être donnée. Lorsque le refus de transfusion met en danger de façon certaine la vie du patient, privilégier l'obligation de porter secours et tout faire pour sauvegarder la vie du patient. Si la transfusion est nécessaire, faire prévenir le procureur de la République (administrateur de garde...) et s'assurer que la transfusion est proportionnée et indispensable à la survie du patient. En cas d'urgence vitale, le médecin veillera à transfuser au patient les seuls produits sanguins labiles indispensables à sa survie.

**5. Refus du patient**

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement en fonction de ses convictions personnelles. Le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade des conséquences du refus (Art. L. 1111-4 CSP, Art. R. 4127-36 CSP).

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs (Art. L. 1110-10 CSP).

En outre, le médecin est en droit de refuser de mettre en œuvre les soins pour raisons professionnelles ou personnelles : l'Article R. 4127-47 du CSP dispose en effet que : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ». Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

Le Conseil d'Etat, dans un arrêté du 26 octobre 2001, a estimé que le médecin pouvait valablement passer outre le refus du patient d'être transfusé (refus par convictions personnelles par exemple), et de manière plus générale, de recevoir des soins contre sa volonté, si quatre conditions cumulatives étaient remplies. Il faut ainsi que :



- le pronostic vital du patient soit en jeu ;
- aucune alternative thérapeutique que celle envisagée n'existe ;
- les actes accomplis soient indispensables à sa survie ;
- les actes soient proportionnés à son état.

Il appartient donc à chaque établissement de santé d'établir une procédure médico-juridique permettant la mise en œuvre de ce cadre légal et réglementaire.

Dans tous les cas de refus, la traçabilité doit en être assurée au sein du dossier du patient (cf. les documents types proposés en annexe)

Afin d'éviter une transfusion et / ou de diminuer le nombre de produits sanguins labiles nécessaires, des mesures d'épargne sanguine peuvent être proposées, selon la situation clinique et en marge des indications habituelles :

- ✓ Le traitement de l'anémie en pré et post opératoire (fer, érythropoïétine, ...)
- ✓ L'utilisation de techniques chirurgicales réduisant le saignement
- ✓ Les hémostatiques (acide tranexamique, ...) et les expanseurs volémiques
- ✓ La récupération cellulaire per opératoire
- ✓ La réduction des prélèvements sanguins

## 6. Les conditions de réalisation de l'information

Il est important de rappeler que l'information repose sur un entretien avec le patient ou son représentant et s'accompagne idéalement de la remise d'une documentation validée institutionnellement.

## 7. Le contenu de l'information

### 7-1.1. Avant la transfusion

L'information doit être orale, loyale, claire, compréhensible et la plus complète possible.

Sont à aborder :

- ✓ Nature de la maladie
- ✓ Traitement proposé et bénéfices attendus
- ✓ Conditions de réalisation de la transfusion
- ✓ Exposé du ratio bénéfices / risques
- ✓ Risques éventuels liés au traitement

Les effets indésirables peuvent être immédiats ou retardés et se répartissent en deux grands groupes qu'il sera nécessaire de hiérarchiser en fonction du patient :

- Les réactions hémolytiques

- Les réactions non hémolytiques :
  - L'allo-immunisation isolée (très majoritairement anti-érythrocytaire)
  - La réaction fébrile non hémolytique
  - Les réactions allergiques (majeures – mineures)
  - L'œdème pulmonaire, de surcharge [Transfusion associated circulatory overload (TACO)] ou lésionnel [Transfusion-related acute lung injury (TRALI)]
  - Les infections transmises par transfusion (bactériennes, virales, parasitaires ou agents émergents)
  - La maladie du greffon contre l'hôte
  - Le purpura post-transfusionnel

La surveillance pendant et après la transfusion permet de détecter tout effet indésirable et de le prendre en charge.

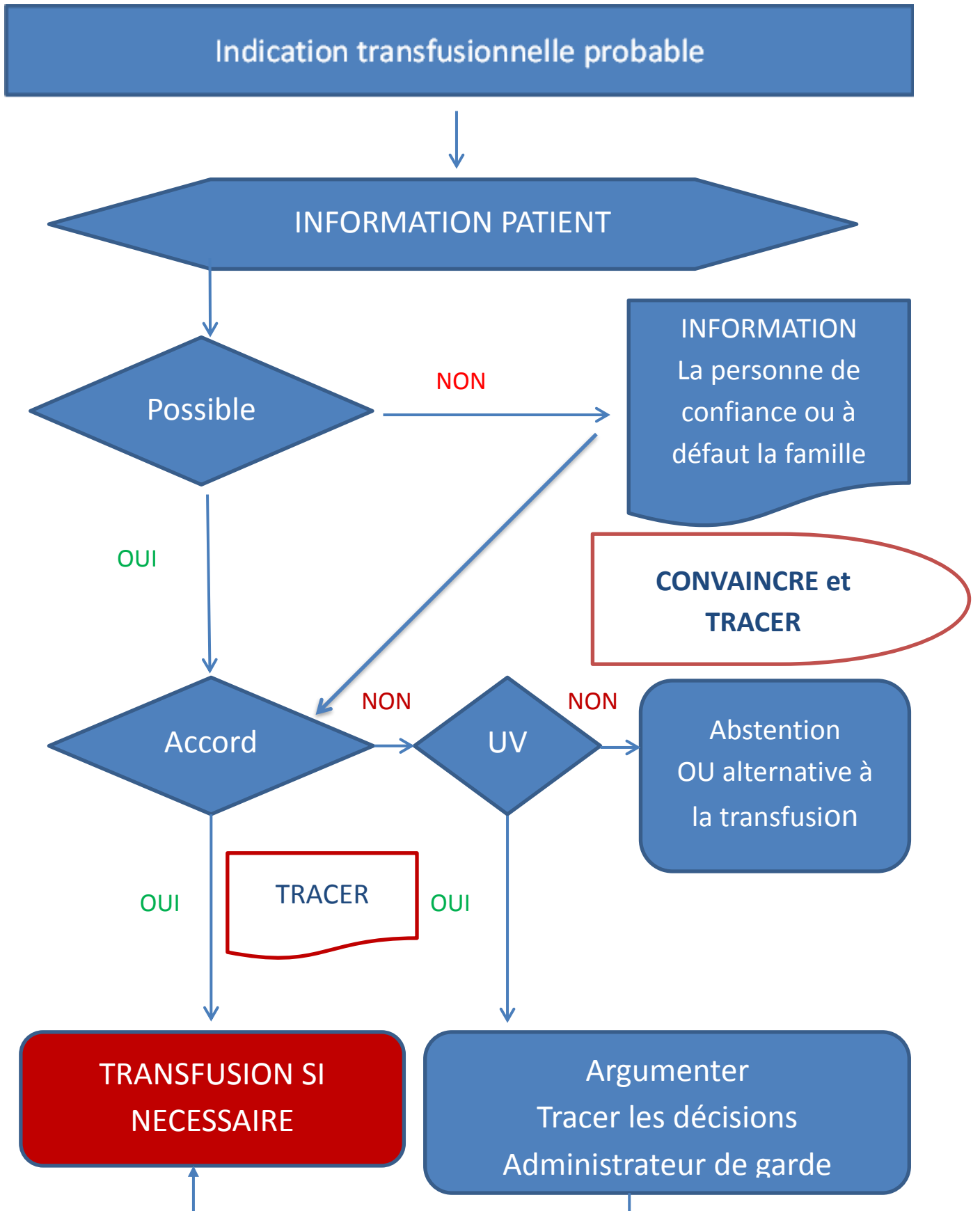
#### **7-2. Après la transfusion**

Outre les éléments exposés au chapitre 3, il est utile de rappeler au patient

- ✓ Que s'il est donneur de sang, il ne pourra plus l'être
- ✓ Que s'il n'est pas donneur de sang, il ne pourra plus le devenir (Circulaire DGS/DH n° 662 du 30 septembre 1997)

#### **8. Quels documents utiliser comme support pour informer les patients ?**

Ces documents seront rédigés par les acteurs eux-mêmes et adaptés au contexte de leur activité. Il est recommandé de s'appuyer sur des documents rédigés par des sociétés savantes (exemple : SFAR, SRLF, SFH, ...).



En cas de contentieux, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.

## REFERENCES

- [1] Circulaire DGS/SQ 4 n° 98-231 du 9 avril 1998 relative à l'information des malades, en matière de risques liés aux produits sanguins labiles et aux médicaments dérivés du sang, et sur les différentes mesures de rappel effectuées sur ces produits sanguins.
- [2] LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [3] Circulaire DGS/DHOS/AFSSAPS N° 03/582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel.
- [4] Garraud O, Oriol P, Hergon E. L'information aux patients en transfusion sanguine. *Hématologie* 2009; 15:344-353.
- [5] Booth C, Grant-Casey J, Lowe D, Court E L, Allard S & on behalf of the National Comparative Audit of Blood Transfusion Project Group for Patient Information and Consent. National comparative audit of blood transfusion: report on the 2014 audit of patient information and consent. *Transfusion Medicine* 2017 ;28:271-276.
- [6] Consentement à la transfusion de produits sanguins labiles – Guide destiné aux médecins. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Canada.  
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-933-02W.pdf>
- [7] Information sur la transfusion des patients en anesthésie – SFAR Mars 2006.
- [8] Circulaire DGS/DH n° 96-609 du 1 octobre 1996 relative aux analyses et tests pratiqués sur des receveurs de produits sanguins labiles.
- [9] Circulaire DGS/DHOS n° 2006-11 du 11 janvier 2006 abrogeant la circulaire DGS/DH n° 96-609 du 1<sup>er</sup> octobre 1996 relative aux analyses et tests pratiqués sur des receveurs de produits sanguins labiles.
- [10] Ribou G, Ginot J, Bultel J, Garrigues B. Aide au consentement éclairé avant transfusion. *Transfusion Clinique et Biologique* 2016 ;23:294.

**REFERENCES COMPLEMENTAIRES**

- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 36 - Consentement du patient - Déc2016
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 35 - Information du patient - Oct2012
- Document d'information patient à partir d'une recommandation de bonne pratique - Fiche Méthodologique HAS – Juin2012
- Gouëzec H, Lerenard I, Jan S, Bajoux E, Renaudier P, Mertes P.M. Perception par les médecins des conditions de prise en charge d'un refus de transfusion - Blood transfusion; 03.11.2016
- Bourgeon-Ghittori I. Rôle du patient dans la sécurité transfusionnelle - Congrès SFVTT Saint-Malo - Nov2018

ET

- Code civile (C. civ.) titre neuvième de l'AUTORITE Parentale
- Code Santé Publique (CSP) chapitre 1<sup>er</sup> : INFORMATION des usagers du système de santé
- Règlement n° 2016/679, dit règlement général sur la protection des données (RGPD) de l'Union européenne (texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel, entré en application le 25 mai 2018)

**EXEMPLES DE DOCUMENTS PROPOSES**

- Feuillelet d'information sur la transfusion des patients en anesthésie établi par la SFAR, V2006 (actualisé V2019)
- Formulaire établis par l'Unité d'Hémovigilance et de Sécurité Transfusionnelle du CHU de Bordeaux, V2017
- Formulaire établis par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille, V2016
- Formulaire établis par la Clinique Mutualiste Chirurgicale de Saint-Etienne, V2017
- Lettre d'information du patient avant transfusion mise à disposition par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, V2017
- Information à remettre au patient avant transfusion de produits sanguins labiles, Centre Hospitalier du Pays d'Aix, V2014
- Fiches pratiques établies par l'Association SPARADRAP, V2017
- Aide-mémoire proposé par le GT « Information et consentement du patient transfusé » - Société Française de Transfusion Sanguine, V2019

**Groupe de travail « Information et consentement du patient transfusé »**

**Composition du groupe**

**Représentants de la SFTS**

Dr Jean Jacques CABAUD, coordinateur du GT RDQ

Dr Pierre MONCHARMONT

Dr Sylvie GROSS

**Représentants de la SFVTT**

Dr Hervé GOUËZEC

Dr Laure JONCA

Dr Bernard LASSALE

Dr Victoire LOVI, pilote du GT ICPT

Dr Pascale ORIOL

Dr Ghislaine RIBOU

**Représentants de la CNCRH**

Dr Philippe CABRE

Dr Monique CARLIER

Dr Isabelle HERVE

Dr Delphine GORODETZKY

**Représentants du CTSA**

Dr Marine CUECA

**Et pour l'HIA Percy**

Dr Pierre PASQUIER (Réanimation et ACA)

**Et pour le Groupe Hospitalier Paris Saint-Joseph**

Dr Guillaume FEVRE, anesthésiste réanimateur, correspondant d'hémovigilance

**Et pour l'Institut Hospitalier Franco-Britannique**

Dr Thierry VILLEVIEILLE, anesthésiste réanimateur, responsable suppléant du dépôt de sang

<p style="text-align: center;"><b>Constitution des groupes « rédaction » et « relecture »</b></p>
---

**Groupe de rédaction**

- Jean-Jacques CABAUD (INTS)
- Monique CARLIER (ARS Grand-Est)
- Guillaume FEVRE (GH Paris Saint - Joseph)
- Isabelle HERVE (ARS Normandie)
- Victoire LOVI (CH Roubaix - Tourcoing)
- Pierre MONCHARMONT (EFS AURA)
- Pascale ORIOL (CHU de Saint - Etienne)
- Ghislaine RIBOU (CH d'Aix en Provence)
- Thierry VILLEVIEILLE (IHFB – Levallois-Perret)

**Groupe de relecture**

- Philippe CABRE (ARS Haut-de-France)
- Marine CUECA (CTSA)
- Valérie GAY (CH de Chambéry)
- Delphine GORODETZKY (ARS AURA)
- Sylvie GROSS (EFS Siège)
- Laure JONCA (Santé Relais Domicile - Toulouse)
- Pierre PASQUIER (HIA Percy)