

**Demande de désignat****ion d’hôpital de Transfuser avec soin**

**Nom de l’hôpital ou de l’établissement :** Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte

**Nom de la personne-ressource :** Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte

**Courriel de la personne-ressource :** Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte

**Critères pour la désignation de Transfuser avec soin :**

Pour répondre aux exigences afférentes à la désignation d’hôpital de Transfuser avec soin, un hôpital doit : 1) s’inscrire à l’initiative Transfuser avec soin; 2) fournir des données de vérification par l’intermédiaire du site Web de l’initiative; et 3) répondre aux critères suivants de l’outil de mesure Transfuser avec soin. Les hôpitaux qui n’ont pas répondu aux deux critères de référence, mais qui peuvent faire état d’une amélioration absolue de 20 % recevront un certificat de reconnaissance.

|  |
| --- |
| **Transfusions d’une seule unité** |
| [ ]  | **Cible de référence atteinte lors d’une vérification sans préavis**Au moins **65 %** de tous les épisodes de transfusions de culots globulaires concernent une seule unité, et ce taux a été maintenu pendant au moins quatre mois. Cette mesure peut être rétrospective. Consignez la date de l’atteinte de la cible, ainsi que la date et les données à l’appui de son maintien pendant quatre mois. *Veillez à soumettre ces données au moyen du rapport de disposition de la Société canadienne du sang.* |
| **Cible atteinte** | **Cible maintenue (au moins quatre mois après l’atteinte)** |
| **Date** | **Pourcentage de transfusions d’une seule unité** | **Date** | **Pourcentage de transfusions d’une seule unité** |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |

**OU**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Cible de référence atteinte après des mesures d’amélioration de la qualité** Au moins **65 %** de tous les épisodes de transfusions de culots globulaires concernent une seule unité, et ce taux a été maintenu pendant au moins quatre mois |
| **Valeur de départ** | **Cible atteinte** | **Cible maintenue (au moins quatre mois après l’atteinte)** |
| **Date** | **Pourcentage de transfusions d’une seule unité** | **Date** | **Pourcentage de transfusions d’une seule unité** | **Date** | **Pourcentage de transfusions d’une seule unité** |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |

**OU**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Cible de référence non atteinte** Amélioration absolue de **20 %** des épisodes de transfusions d’une seule unité. |
| **Valeur de départ** | **Amélioration de 20 %**  |
| **Date** | **Pourcentage de transfusions d’une seule unité** | **Date** | **Pourcentage de transfusions d’une seule unité** |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |

**Méthode de collecte de données utilisée**

[ ]  **Méthode simplifiée de Transfuser avec soin (méthode privilégiée) :** La transfusion d’une seule unité correspond à la transfusion d’un seul culot globulaire au cours d’une journée donnée.
[ ]  **Méthode de rechange :** Si plus d’un culot globulaire a été administré au cours d’une journée, chaque transfusion subséquente peut être considérée comme une transfusion d’une seule unité si elle a été précédée et suivie d’une mesure du taux d’hémoglobine.

|  |
| --- |
| **Seuil d’hémoglobine prétransfusionnel** |
| [ ]  | **Cible de référence atteinte lors d’une vérification sans préavis**Au moins **80 %** des transfusions de culots globulaires administrées faisaient suite à un seuil d’Hb de 80 g/l ou moins, et ce taux a été maintenu pendant au moins quatre mois. Cette mesure peut être rétrospective. Consignez la date de l’atteinte de la cible, ainsi que la date et les données à l’appui de son maintien pendant quatre mois. |
| **Cible atteinte** | **Cible maintenue (au moins quatre mois après l’atteinte)** |
| **Date** | **Pourcentage de transfusions à un seuil d’Hb ≤ 80 g/l**  | **Date** | **Pourcentage de transfusions à un seuil d’Hb ≤ 80 g/l** |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |

**OU**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Cible de référence atteinte après des mesures d’amélioration de la qualité** Au moins **80 %** des transfusions de culots globulaires administrées faisaient suite à un seuil d’Hb de 80 g/l ou moins, et ce taux a été maintenu pendant au moins quatre mois. |
| **Valeur de départ** | **Cible atteinte** | **Cible maintenue (au moins quatre mois après l’atteinte)** |
| **Date** | **Pourcentage de transfusions à un seuil d’Hb ≤ 80 g/l** | **Date** | **Pourcentage de transfusions à un seuil d’Hb ≤80 g/l** | **Date** | **Pourcentage de transfusions à un seuil d’Hb ≤ 80 g/l** |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |

**OU**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | **Cible de référence non atteinte**Amélioration absolue de **20 %** pour le seuil d’hémoglobine prétransfusionnel. |
| **Valeur de départ** | **Amélioration de 20 %** |
| **Date** | **Pourcentage de transfusions à un seuil d’Hb ≤ 80 g/l** | **Date** | **Pourcentage de transfusions à un seuil d’Hb ≤ 80 g/l** |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |

**Méthode de collecte de données utilisée**

[ ]  **Méthode simplifiée de Transfuser avec soin (méthode privilégiée) :** Le taux d’hémoglobine prétransfusionnel correspond au dernier taux mesuré dans les 24 heures qui précèdent une transfusion.
[ ]  **Méthode de rechange :** Le taux d’hémoglobine prétransfusionnel correspond au dernier taux mesuré dans les 24 heures qui précèdent la transfusion d’un culot globulaire si aucune autre transfusion n’a été faite entre-temps.

**Information sur les interventions**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date de mise en œuvre** | **Intervention** | **Détails** |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Lignes directrices | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Formation | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Ensembles d’ordonnances | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Examen par les technologues | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Vérification et commentaires | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Solutions de rechange | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |
| Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte | Autre | Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte |

**Précisez les éléments ou facilitateurs clés dans votre hôpital.**

1. Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte

2. Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte

**Précisez les difficultés ou obstacles clés qui ont été surmontés.**

1. Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte

2. Cliquez ou tapez ici pour la saisie du texte

**Signatures**

Par la présente, je soumets pour mon hôpital la demande de désignation hôpital de Transfuser avec soin en lien avec la campagne Choisir avec soin et la Société canadienne du sang, et je confirme qu’à ma connaissance, les renseignements ci-inclus sont exacts (utiliser des signatures électroniques).

Si la désignation est accordée, je comprends que pour la conserver, notre hôpital doit continuer à satisfaire aux exigences mentionnées plus haut. Choisir avec soin peut demander des informations supplémentaires ou des mises à jour à tout moment et révoquer la désignation si ces exigences ne sont plus respectées.

 Cliquez ici pour inscrire une date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Nom en lettres moulées] Date*

*Directeur de la médecine transfusionnelle**(ou l’équivalent)*

 Cliquez ici pour inscrire une date

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Nom en lettres moulées] Date*

*Directeur du personnel
(ou l’équivalent)*

 Cliquez ici pour inscrire une date

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*[Nom en lettres moulées] Date*

*Président et chef de la direction*

*(ou l’équivalent)*

**Envoyez la demande remplie à l’adresse** **blood@choosingwiselycanada.org****.**