

Nazwa albo firma i adres oraz pieczętka podmiotu leczniczego zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie

.....

ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA*
do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu

Transfuzja	Gdzie	sala operacyjna	OIOM	oddział	ambulatorium	inne
.....
	kiedy	w godzinach pracy regulaminowej	Dyżur	sobota i święto (dzień wolny od pracy)		

Nazwisko i imię pacjenta:	Płeć: K/M data urodzenia/numer PESEL Numer księgi głównej:..... Numer księgi oddziałowej:..... Niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta:.....
---------------------------	---

W przypadku pacjenta NN:	Płeć: K/M Numer księgi głównej:..... Numer księgi oddziałowej:..... Niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta:.....
--------------------------	---

Rozpoznanie Hb (przed przetoczeniem) (po przetoczeniu)..... Liczba płytek (przed przetoczeniem) (po przetoczeniu)	Grupa krwi pacjenta przeciwciała
--	---

Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia □□ / □□ / □□ □□ □□ □□ : □□	Grupa krwi przetoczona objętość ml numer donacji (składnika krwi) data pobrania data ważności czas wystąpienia powikłania: podczas transfuzji min godzina po zakończeniu transfuzji min godzin dni
--	---

Przetaczane składniki KPK KCz KKP FFP KG inne	Preparatyka: z krwi pełnej afereza ubogoleukocytarne promieniowane inne
--	---

Próba zgodności serologicznej wykonana w

Wynik

Objawy kliniczne/Biologiczne oznaki powikłania

	przed	po	niepokój	bóle w okolicy lędźwiowej	Wyniki: bilirubina
ciepłota	.....	.....	dreszcze	bóle w okolicy klatki piersiowej	.....
RR	.....	.....	świąd	bóle brzucha	LDH
tętno	.....	.....	wysypka	duszność	Haptoglobina
niewydolność krążenia	.....	.....	zaczernienie	wstrząs	.....
hemoglobinuria	.....	.....	mdłości/wymioty	utrata świadomości	Gazometria:
inne	.....	.....	niewydolność		pO ₂
			nerek		pCO ₂
			żółtaczka		Pluca:
			inne		osłuchowo
				
				
					RTG klatki piersiowej
				

Zastosowane leczenie:

tlenoterapia intubacja

Nasilenie powikłania

0. brak

1. natychmiastowe, niezagrażające życiu

2. natychmiastowe, zagrażające życiu

3. długotrwała choroba

4. zgon

Inne ważne informacje kliniczne

stan pacjenta przed transfuzją: ciężki dość dobry

operacja: tak (kiedy) nie

inne

Przetoczono nieprawidłowy składnik TAK NIE

Gdzie wystąpił błąd

.....

(np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik)

Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi TAK NIE

Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia

.....

Czy podczas poprzednich transfuzji obserwowano niepożądane reakcje TAK NIE

W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika, numer donacji

(składnika krwi), zestaw do przetaczania, próbkę krwi pacjenta, z której wykonano

badania serologiczne przed przetoczeniem, próbki pobrane po przetoczeniu w ilości 5 ml na skrzep i 5 ml na

antykoagulant oraz próbki krwi dawców z pracowni serologicznej.

Próbki do badań bakteriologicznych przesłano do

Data i godzina pobrania krwi.....

Czytelny podpis osoby pobierającej próbkę krwi.....

.....
(pieczętka i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną
reakcję lub niepożądane zdarzenie)

.....
(pieczętka i podpis lekarza odpowiedzialnego za
transfuzję)

WYPEŁNIA CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

Nazwa Centrum: **Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu**

Ocena związku z transfuzją
(przyczynowość)

TO – trudno ocenić

0 - wykluczona lub mało prawdopodobna

1 - możliwa

2- prawdopodobna

3- pewna

Wnioski lub
stwierdzone
zespoły

hemoliza – niezgodność w ABO

hemoliza – obecność odpornościowych przeciwciał

poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa

alergia

wstrząs anafilaktyczny

TRALI

dusznosc poprzetoczeniowa (TAD)

zakażenie: ○ bakteryjne

szczep

.....
○ HIV

○ HBV

○ HCV

○ CMV

inny czynnik:

uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał

○ krwinek czerwonych

○ HLA.....

	<ul style="list-style-type: none"> ○ HPA..... ○ granulocytów..... ○ IgA <p>inne</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ niehemolityczny odczyn gorączkowy ○ choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy ○ obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) ○ hemosyderoza ○ inne, niewyszczególnione wyżej**
<p>Data wypełnienia:</p>	<p>Wypełnił:</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;"><i>(czytelny podpis)</i></p>

* Należy wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo

** Odnosi się do reakcji niewymienionych wyżej oraz do zdarzeń niepożądanych związanych z zabiegiem przetoczenia, niepowodujących reakcji poprzetoczeniowej