

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

.....

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

Przetoczenie	Gdzie	Sala operacyjna	OIOM	Oddział	Ambulatorium	Inne

	Kiedy	w godzinach pracy regulaminowej		dyżur		sobota i święto <i>(dzień wolny od pracy)</i>

Nazwisko i imię pacjenta:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Data urodzenia / numer PESEL: Numer książki głównej: Numer książki działowej: Niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta:
---------------------------	---

W przypadku pacjenta NN:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Numer książki głównej: Numer książki działowej: 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: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													Grupa krwi Przetoczona objętość ml Numer donacji (składnika krwi) Data pobrania Data ważności Czas wystąpienia reakcji niepożądaney: Podczas przetoczenia: min godzina Po zakończeniu przetoczenia: min godzin dni

Przetaczane składniki: <input type="checkbox"/> KPK <input type="checkbox"/> KKCz <input type="checkbox"/> KKP <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> inne (jaki)	Preparatyka: <input type="checkbox"/> z krwi pełnej <input type="checkbox"/> afereza <input type="checkbox"/> ubogoleukocytarne <input type="checkbox"/> napromieniowane <input type="checkbox"/> inne
--	---

Próba zgodności serologicznej wykonana w:
Wynik:

Objawy kliniczne / Biologiczne oznaki reakcji niepożądaney					
	PRZED	PO	<input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> dreszcze <input type="checkbox"/> świąd <input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> zaczerwienienie <input type="checkbox"/> mdłości/wymioty <input type="checkbox"/> niewydolność nerek <input type="checkbox"/> żółtaczka <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy lędźwiowej <input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki piersiowej <input type="checkbox"/> bóle brzucha <input type="checkbox"/> duszność <input type="checkbox"/> wstrząs <input type="checkbox"/> utrata świadomości	Wyniki: bilirubina LDH Haptoglobina Gazometria: pO ₂ Gazometria: pCO ₂ Płuca: osłuchowo RTG klatki piersiowej BNP CRP inne
Zastosowane leczenie: <input type="checkbox"/> tlenoterapia <input type="checkbox"/> intubacja Opis:					
Nasilenie powikłania <input type="checkbox"/> 0. Brak <input type="checkbox"/> 1. Natychmiastowe, niezagrażające życiu <input type="checkbox"/> 2. Natychmiastowe, zagrażające życiu <input type="checkbox"/> 3. Długotrwała choroba <input type="checkbox"/> 4. Zgon			Inne ważne informacje kliniczne, stan pacjenta przed przetoczeniem: <input type="checkbox"/> ciężki <input type="checkbox"/> dość dobry Operacja: <input type="checkbox"/> tak, kiedy <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> inne (podać jakie).....		
Przetoczone nieprawidłowy składnik: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Gdzie wystąpił błąd: (np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający wyniki)					
Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Podać nazwę i ilość składnika oraz datę ostatniego przetoczenia					
Czy podczas poprzednich przetoczeń zaobserwowano niepożądane reakcje <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					

W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetocznej 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 5ml 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:

..... / / godz. :

Czytelny podpis osoby pobierającej próbkę krwi:

.....

<p>.....</p> <p><i>(oznaczenie i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie)</i></p>	<p>.....</p> <p><i>(oznaczenie i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie)</i></p>
--	---

WYPEŁNIA TYLKO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Raciborzu

Ocena związku z przetoczeniem (przyczynowość)	<input type="checkbox"/> TO – trudno ocenić <input type="checkbox"/> 0 – wykluczona lub mało prawdopodobna <input type="checkbox"/> 1 – możliwa <input type="checkbox"/> 2 – prawdopodobna <input type="checkbox"/> 3 - pewna
--	---

Wnioski lub stwierdzone zespoły	<input type="checkbox"/> hemoliza – niezgodność w ABO <input type="checkbox"/> hemoliza – obecność odpornościowych przeciwciał <input type="checkbox"/> poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa <input type="checkbox"/> alergja <input type="checkbox"/> wstrząs anafilaktyczny <input type="checkbox"/> TRALI <input type="checkbox"/> duszność poprzetoczeniowa (TAD) <input type="checkbox"/> zakażenie: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> bakteryjne (szczep) <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> krwinek czerwonych <input type="checkbox"/> HLA <input type="checkbox"/> HPA <input type="checkbox"/> granulocytów <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> inne <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> niehemolityczny odczyn gorączkowy <input type="checkbox"/> choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy <input type="checkbox"/> obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) <input type="checkbox"/> hemosyderoza <input type="checkbox"/> inne, niewyszczególnione wyżej
---------------------------------	--

Data wypełnienia:	Wypełnił:
.....
	<i>(oznaczenie i podpis wypełniającego)</i>

*Należy wypełnić drukowanymi literami lub komputerowo

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