

pieczęć jednostki organizacyjnej

Brodnica, dn.

Do Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

W

ZGŁOSZENIE POWIKŁANIA POPRZETOCZENIOWEGO

Transfuzja	<i>gdzie</i>	<input type="checkbox"/> sala operacyjna	<input type="checkbox"/> OIOM	oddział
		<input type="checkbox"/> ambulatorium	<input type="checkbox"/> inne	
	<i>kiedy</i>	<input type="checkbox"/> dyżur dzienny	<input type="checkbox"/> dyżur nocny	

Nazwisko i imię pacjenta:	Płeć: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Data urodzenia/ numer PESEL :	Nr historii choroby:

Rozpoznanie :			
Hb (przed przetoczeniem)	Liczba płytek (przed przetoczeniem)	Grupa krwi pacjenta	Przeciwciała
Hb (po przetoczeniu)	Liczba płytek (po przetoczeniu)		

Data rozpoczęcia przetoczenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		Godzina rozpoczęcia przetoczenia <input type="text"/> : <input type="text"/>	
Grupa krwi	Przetoczona objętość w ml		Nr donacji (składnika krwi)
Data pobrania	Data ważności	Czas wystąpienia powikłania podczas transfuzji: godzin minut	Czas wystąpienia powikłania po zakończeniu transfuzji: godzin minut 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			
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 POWIKŁANIA

OBJAWY			WYNIKI
<input type="checkbox"/> ciepłota: przed po	<input type="checkbox"/> niepokój	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy lędźwi.	Bilirubina
<input type="checkbox"/> RR: przed po	<input type="checkbox"/> dreszcze	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki piersiowej	LDH
<input type="checkbox"/> tętno: przed po	<input type="checkbox"/> świąd	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	Haptoglobina
<input type="checkbox"/> niewydolność krążenia:	<input type="checkbox"/> wysypka	<input type="checkbox"/> duszność	Gazometria:
przed po	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie	<input type="checkbox"/> wstrząs	pO ₂
<input type="checkbox"/> hemoglobinuria: przed po	<input type="checkbox"/> mdłości / wymioty	<input type="checkbox"/> utrata świadomości	pCO ₂
<input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> niewydolność nerek		Phuca osłuchowo
	<input type="checkbox"/> żółtaczk		RTG klatki piersiowej
	<input type="checkbox"/> inne		
Zastosowane leczenie: <input type="checkbox"/> tlenoterapia <input type="checkbox"/> intubacja			

NASILENIE POWIKŁANIA	INNE WAŻNE INFORMACJE KLINICZNE
<input type="checkbox"/> brak	stan pacjenta przed transfuzją: <input type="checkbox"/> ciężki <input type="checkbox"/> dość dobry
<input type="checkbox"/> natychmiastowe, niezagrożające życiu	operacja: <input type="checkbox"/> tak, kiedy <input type="checkbox"/> nie
<input type="checkbox"/> natychmiastowe, zagrożające życiu	inne
<input type="checkbox"/> długotrwała choroba	
<input type="checkbox"/> zgon	

Przetoczono nieprawidłowy składnik <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Gdzie wystąpił błąd (np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik)
--	--

Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Nazwa, ilość składnika krwi oraz data ostatniego przetoczenia
---	---

Czy podczas poprzednich transfuzji obserwowano niepożądane reakcje: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<p><i>W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika, numer donacji (składnika krwi) zestaw do przetwarzania, próbki 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. Probki do badań bakteriologicznych przesyłano do:</i></p>

.....
pieczętka i podpis lekarza
zgłaszającego powikłanie

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

WYPEŁNIA CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

Nazwa Centrum
Ocena związku z transfuzją: 0. wykluczony 1. wątpliwy 3. możliwy 4. pewny, udowodniony

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"/> alergia	
<input type="checkbox"/> wstrząs anafilaktyczny	
<input type="checkbox"/> TRALI	
<input type="checkbox"/> duszność poprzetoczeniowa (TAD)	
<input type="checkbox"/> zakażenie: <input type="checkbox"/> bakteryjne szczep	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> CMV
<input type="checkbox"/> inny czynnik:	
<input type="checkbox"/> uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał	
<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 (właściwe podkreślić) <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

Data wypełnienia:.....

.....
pieczętka, podpis osoby wypełniającej