

## ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA

Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierające nazwę albo firmę i adres)					
<b>ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie</b>					
Przetoczenie	Gdzie*		<input type="checkbox"/> sala operacyjna <input type="checkbox"/> OAiIT <input type="checkbox"/> oddział <input type="checkbox"/> inne .....		
	Kiedy*		<input type="checkbox"/> w godzinach regulaminowej pracy <input type="checkbox"/> dyżur <input type="checkbox"/> sobota i święto ( <i>dzień wolny od pracy</i> )		
Nazwisko i imię pacjenta: .....			Płeć: M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> data urodzenia/PESEL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> numer księgi głównej .....		
W przypadku pacjenta NN: .....			Płeć: M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> numer księgi głównej ..... 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 <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> godz.: ..... Data i godzina zakończenia przetoczenia <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> godz.: .....		Grupa krwi ....., przetoczona objętość .....ml, numer donacji (składnika krwi): ..... data pobrania <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> data ważności <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> czas wystąpienia reakcji*: <input type="checkbox"/> podczas przetoczenia ..... min. .... godzina <input type="checkbox"/> po zakończeniu przetoczenia ..... min. .... godz. .... 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 (jakie)			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: .....					
<b>Objawy kliniczne/ biologiczne oznaki reakcji niepożądaney*</b>					
ciepłota	przed	po	<input type="checkbox"/> niepokój	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy łędźwiowej	Wyniki: bilirubina .....
RR	.....	.....	<input type="checkbox"/> dreszcze	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki piersiowej	
tętno	.....	.....	<input type="checkbox"/> świąd	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	Hapltoglobina
niewyd. krąż .	.....	.....	<input type="checkbox"/> wysypka	<input type="checkbox"/> duszność	.....
hemoglobinuria	.....	.....	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie	<input type="checkbox"/> wstrząs	Gazometria:
inne	.....	.....	<input type="checkbox"/> mdłości lub wymioty	<input type="checkbox"/> utrata świadomości	pO <sub>2</sub>
			<input type="checkbox"/> niewydolność nerek		.....
			<input type="checkbox"/> żółtaczką		pCO <sub>2</sub>
			<input type="checkbox"/> inne .....		.....

				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. natychmiastowy, niezagrażający życiu <input type="checkbox"/> 2. natychmiastowy, zagrażający życiu <input type="checkbox"/> 3. długotrwała choroba <input type="checkbox"/> 4. zgon		inne ważna informacje kliniczne: stan chorego 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) ..... .....		
Przetoczono nieprawidłowy składnik* <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Gdzie wystąpił błąd..... ..... (np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik, itp.)				
Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia .....				
Czy podczas poprzednich przetoczeń obserwowano niepożądane reakcje*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE				
W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika, numer donacji ( <i>składnika krwi</i> ) ....., zestaw do przetoczeni, 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 immunologii transfuzjologicznej. Próbki do badań bakteriologicznych przesłano do: .....				
Data i godzina pobrania krwi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> godz.				
Czytelny podpis osoby pobierającej próbkę krwi: .....				
..... Oznaczenie*** i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie		..... Oznaczenie*** i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie		

