ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA …….

Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierające nazwę albo firmę i adres)

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

Przetoczenie	Gdzie*	☐ sala operacyjna ☐ OAiIT ☐ oddział ☐ inne …….
	Kiedy*	☐ w godzinach regulaminowej pracy ☐ dyżur ☐ sobota i święto *(dzień wolny od pracy)*

Nazwisko i imię pacjenta: ……..	Płeć: M ☐ K ☐ data urodzenia/PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ numer księgi głównej .....
W przypadku pacjenta NN: ……..	Płeć: M ☐ K ☐ 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 ☐☐/☐☐/☐☐ godz.: …….. Data i godzina zakończenia przetoczenia ☐☐/☐☐/☐☐ godz.: ……..	Grupa krwi ....., przetoczona objętość .....ml, numer donacji (składnika krwi): ..... data pobrania ☐☐/☐☐/☐☐ data ważności ☐☐/☐☐/☐☐ czas wystąpienia reakcji*: ☐ podczas przetoczenia ..... min. ..... godzina ☐ po zakończeniu przetoczenia ..... min. ..... godz. ..... dni
Przetaczane składniki ☐ KPK ☐ KKCz ☐ KKP ☐ FFP ☐ KG ☐ inne (jakie)	Preparatyka* ☐ z krwi pełnej ☐ afereza ☐ ubogoleukocytarne ☐ napromieniowane ☐ inne: …….

Próba zgodności serologicznej wykonana w

.....

Wynik:

.....

Objawy kliniczne/ biologiczne oznaki reakcji niepożądanej*

	przed	po			
ciepłota	.....	.....	☐ niepokój	☐ bóle w okolicy lędźwiowej	Wyniki:
RR	.....	.....	☐ dreszcze	☐ bóle w okolicy klatki piersiowej	bilirubina .....
tętno	.....	.....	☐ świąd	☐ bóle brzucha	LDH .....
niewyd. krąż .	.....	.....	☐ wysypka	☐ duszność	Hapltoglobina
hemoglobinuria	.....	.....	☐ zaczerwienienie	☐ wstrząs	.....
inne	.....	.....	☐ mdłości lub wymioty	☐ utrata świadomości	Gazometria:
			☐ niewydolność nerek		pO_2
			☐ żółtaczka		.....
			☐ inne		pCO_2
					.....
					Płuca osłuchowo:
					……
					……
					……
					RTG klatki piersiowej
					…….
					……
					…….
					……
					BNP ……
					CRP ……
					inne

Zastosowane leczenie*:
☐ tlenoterapia, ☐ intubacja
Opis:

Nasilenie powikłania
☐ 0. brak
☐ 1. natychmiastowy, niezagrażający życiu
☐ 2. natychmiastowy, zagrażający życiu
☐ 3. długotrwała choroba
☐ 4. zgon

inne ważna informacje kliniczne:
stan chorego przed przetoczeniem*:
☐ ciężki
☐ dość dobry
operacja:
☐ tak kiedy .....
☐ nie
☐ inne .(podać jakie) .....
.....

Przetoczono nieprawidłowy składnik* ☐ TAK ☐ NIE
Gdzie wystąpił błąd ……
……
(*np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik, itp.*)

Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi ☐ TAK ☐ NIE
Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia .....

Czy podczas poprzednich przetoczeń obserwowano niepożądane reakcje*:
☐ TAK ☐ NIE

W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika, numer donacji *(składnika krwi)* ....., 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 ☐☐/☐☐/☐☐ godz.

Czytelny podpis osoby pobierającej próbki krwi:

…….

.....	.....
*Oznaczenie*** i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie*	*Oznaczenie*** i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie*

WYPEŁNIA TYLKO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

Nazwa Centrum:

Ocena związku z przetoczeniem (przyczynowość)*	☐ trudno ocenić (TO) ☐ wykluczona lub mało prawdopodobna (0) ☐ możliwa (1) ☐ prawdopodobna (2) ☐ pewna (3)
Wnioski lub stwierdzone zespoły*	☐ hemoliza – niezgodność w ABO ☐ hemoliza – obecność odpornościowych przeciwciał ☐ poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa ☐ alergia ☐ wstrząs anafilaktyczny ☐ TRALI ☐ duszność poprzetoczeniowa (TAD) ☐ zakażenie: ☐ bakteryjne *(szczep)* ..... ☐ HIV ☐ HBV ☐ HCV ☐ CMV ☐ uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał ☐ krwinek czerwonych ..... ☐ HLA ..... ☐ HPA ..... ☐ granulocytów ..... ☐ IgA ☐ inne ☐ niehemolityczny odczyn gorączkowy ☐ choroba potransfuzyjna przeszczep przeciw biorcy ☐ obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) ☐ hemosyderoza ☐ inne niewyszczególnione
Data wypełnienia	Wypełnił ……. *(oznaczenie*** i podpis wypełniającego)*

* Właściwe zaznaczyć X lub wypełnić.

** W przypadku osoby nieposiadającej numeru PESEL – nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

*** Oznaczenie zawiera imię, nazwisko, tytuł zawodowy i specjalizację oraz numer prawa wykonywania zawodu, jeżeli dotyczy, a w przypadku braku w oznaczeniu imienia i nazwiska – czytelny podpis zawierający imię i nazwisko.

Załączniki:

1. ……
2. ……
3. ……
4. ……
5. ……
6. ……
7. ……
8. ……
9. ……