

Nazwa i adres oraz pieczętka podmiotu leczniczego zgłaszającego powikłanie:

ZGŁOSZENIE POWIKŁANIA POPRZETOCZENIOWEGO

do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w

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

Nazwisko i imię chorego	płeć: M K data urodzenia/ PESEL _ _ _ _ _ nr historii choroby
---	--

Rozpoznanie Hb (przed przetoczeniem) Hb (po przetoczeniu) PLT.....(przed przetoczeniem) PLT..... (po przetoczeniu)	grupa krwi chorego przeciwciała
--	--

Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia: _ _ - _ - _ _ : _	grupa krwi, przetoczona objętośćml, nr donacji (składnika krwi) _ _ _ _ _ pobrania data ważności czas wystąpienia odczynu: <input type="checkbox"/> podczas transfuzji min <input type="checkbox"/> po zakończeniu transfuzji 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"/> z krwi pełnej	Preparatyka
---	--------------------

Próba zgodności serologicznej wykonana w wynik

Objawy kliniczne/ biologiczne oznaki odczynu

<table border="1"> <tr> <td></td> <td>przed</td> <td>po</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ciepłota</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> niepokój</td> <td><input type="checkbox"/> bóle w okolicy</td> <td>wyniki:</td> </tr> <tr> <td>RR</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> dreszcze</td> <td>łędźwiowej</td> <td>bilirubina</td> </tr> <tr> <td>tętno</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> świąd</td> <td><input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki</td> <td>LDH /Haptoglobina.....</td> </tr> <tr> <td>niewyd. krążenia</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> wysypka</td> <td>piersiowej</td> <td>gazometria:</td> </tr> <tr> <td>hemoglobinuria</td> <td>.....</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/> zaczerwienienie</td> <td><input type="checkbox"/> bóle brzucha</td> <td>PO₂ PCO₂</td> </tr> <tr> <td>inne</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> mdłości/wymioty</td> <td><input type="checkbox"/> duszność</td> <td>Płuca:</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> niewydolność nerek</td> <td><input type="checkbox"/> wstrząs</td> <td>osłuchowo</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> żółtaczka</td> <td><input type="checkbox"/> utrata świadomości</td> <td>Rtg</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td>inne</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		przed	po				ciepłota	<input type="checkbox"/> niepokój	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy	wyniki:	RR	<input type="checkbox"/> dreszcze	łędźwiowej	bilirubina	tętno	<input type="checkbox"/> świąd	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki	LDH /Haptoglobina.....	niewyd. krążenia	<input type="checkbox"/> wysypka	piersiowej	gazometria:	hemoglobinuria	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	PO ₂ PCO ₂	inne			<input type="checkbox"/> mdłości/wymioty	<input type="checkbox"/> duszność	Płuca:			<input type="checkbox"/> niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> wstrząs	osłuchowo			<input type="checkbox"/> żółtaczka	<input type="checkbox"/> utrata świadomości	Rtg			inne			
	przed	po																																																											
ciepłota	<input type="checkbox"/> niepokój	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy	wyniki:																																																								
RR	<input type="checkbox"/> dreszcze	łędźwiowej	bilirubina																																																								
tętno	<input type="checkbox"/> świąd	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki	LDH /Haptoglobina.....																																																								
niewyd. krążenia	<input type="checkbox"/> wysypka	piersiowej	gazometria:																																																								
hemoglobinuria	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	PO ₂ PCO ₂																																																								
inne			<input type="checkbox"/> mdłości/wymioty	<input type="checkbox"/> duszność	Płuca:																																																								
.....			<input type="checkbox"/> niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> wstrząs	osłuchowo																																																								
.....			<input type="checkbox"/> żółtaczka	<input type="checkbox"/> utrata świadomości	Rtg																																																								
.....			inne																																																										

 Zastosowane leczenie
 tlenoterapia intubacja

nasilenie odczynu <input type="checkbox"/> 0. brak <input type="checkbox"/> 1. natychmiastowy, nie zagraża życiu <input type="checkbox"/> 2. natychmiastowy, zagraża życiu <input type="checkbox"/> 3. długotrwała choroba <input type="checkbox"/> 4. zgon	inne ważne informacje kliniczne: stan chorego przed transfuzją: <input type="checkbox"/> ciężej <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> operacja: <input type="checkbox"/> tak kiedy <input type="checkbox"/> nie inne
---	---

 Przetoczono nieprawidłowy składnik TAK NIE
 gdzie wystąpił błąd
 (próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik, itp.)

 Czy chory 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

 Do RCKiK w celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy drewny pilotujące przetoczonego składnika krwi nr
 próbkę krwi chorego z której wykonano badania serologiczne przed przetoczeniem, próbki pobrane po przetoczeniu w ilości 5 ml na skrzep i 5 ml na antykoagulant, próbki krwi dawców z pracowni serologicznej oraz resztki przetoczonego składnika krwi wraz z zestawem;
 próbki krwi chorego do badań bakteriologicznych przesłano do

Pieczętka i podpis lekarza zgłaszającego powikłanie	Pieczętka i podpis lekarza odpowiedzialnego za transfuzję
--	--

**WYPEŁNIA REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
W BYDGOSZCZY**

Ocena związku z transfuzją	0. wykluczono 1. wątpliwy 2. możliwy 3. 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: <ul style="list-style-type: none"> o bakteryjne, szczep o HIV o HBV o HCV o CMV <input type="checkbox"/> inny czynnik <ul style="list-style-type: none"> o uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał o krwinek czerwonych o HLA o HPA o granulocytów o IgA <input type="checkbox"/> inne <ul style="list-style-type: none"> o niehemolityczny odczyn gorączkowy o choroba potransfuzyjna przeszczep przeciw biorcy o obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) o hemosyderoza
data	wypełnił