

## ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA DO PRACOWNI BADAŃ KONSULTACYJNYCH RCKiK w ŁODZI

OZNACZENIE PODMIOTU LECZNICZEGO (zawierające nazwę albo firmę i adres)

<b>PRZETOCZENIE</b>	gdzie*	<input type="checkbox"/> sala operacyjna <input type="checkbox"/> OAiIT <input type="checkbox"/> oddział ..... <input type="checkbox"/> inne .....		
	kiedy*	<input type="checkbox"/> w godzinach pracy regulaminowej <input type="checkbox"/> dyżur <input type="checkbox"/> sobota i święto (dzień wolny od pracy)		
Nazwisko i imię pacjenta: (drukowanymi literami)		Płeć*:		nr księgi głównej
.....		<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		.....

Nr PESEL\*\*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

W przypadku pacjenta NN:

Płeć\*:  kobieta  mężczyzna

nr księgi głównej .....

niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta (ID) .....

Rozpoznanie: .....

Hb (przed przetoczeniem): ..... Hb (po przetoczeniu) .....

Liczba płytek przed przetoczeniem: .....

Liczba płytek po przetoczeniu: .....

Grupa krwi pacjenta: .....

Przeciwciała: .....

Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia:

--	--	--	--	--	--	--	--

godz.

--	--	--	--

Grupa krwi: .....

Data i godzina zakończenia przetoczenia:

--	--	--	--	--	--	--	--

godz.

--	--	--	--

Przetoczona objętość (ml): .....

Numer donacji składnika krwi: .....

--	--	--	--	--	--	--	--

 Data pobrania:

--	--	--	--	--	--	--	--

 Data ważności:
Czas wystąpienia reakcji\*:  podczas przetoczenia ..... min ..... godzina po zakończeniu przetoczenia ..... min ..... godzin ..... dni.....

Przetaczane składniki\*:

 KPK   
 KKCz   
 KKP   
 FFP   
 KG   
 inne (jakie)

Preparatyka\*:

 z krwi pełnej   
 afereza   
 ubogoleukocytarny   
 napromieniowane   
 inne .....

Próba zgodności serologicznej wykonana w: ..... wynik: .....

### Objawy kliniczne/biologiczne oznaki reakcji niepożądaney\*

	przed	po			
ciepłota ciała	.....	.....	<input type="checkbox"/> niepokój	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy łędźwiowej	Wyniki: Bilirubina ..... LDH ..... Haptoglobina ..... Gazometria: pO <sub>2</sub> ..... pCO <sub>2</sub> ..... Płuca osłuchowo ..... ..... w przypadku podejrzenia TRALI: BNP lub NT pro-BNP ..... CRP (białko C-reaktywne) ..... RTG klatki piersiowej .....
RR	.....	.....	<input type="checkbox"/> dreszcze	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki piersiowej	
tętno	.....	.....	<input type="checkbox"/> świąd	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	
niewydolność krążenia	.....	.....	<input type="checkbox"/> wysypka	<input type="checkbox"/> duszność	
hemoglobinuria	.....	.....	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie	<input type="checkbox"/> wstrząs	
inne	.....	.....	<input type="checkbox"/> mdłości lub wymioty	<input type="checkbox"/> utrata świadomości	
			<input type="checkbox"/> niewydolność nerek		
			<input type="checkbox"/> żółtaczka		
			<input type="checkbox"/> inne		
			.....		

Zastosowane leczenie\*:

 tlenoterapia  intubacja

Opis:

Nasilenie powikłania\*:

0. brak
1. natychmiastowe, niezagrażające życiu
2. natychmiastowe, zagrażające życiu
3. długotrwała choroba
4. zgon

Inne ważne informacje kliniczne

Stan pacjenta 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)

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 niepożądanego zdarzenia przesyłamy:

- resztki przetoczonej krwi lub jej składnika (przetoczone pacjentowi w ciągu 72 godzi od wystąpienia niepożądanego zdarzenia lub reakcji)
  - numer donacji (składnika krwi) .....
  - numer donacji (składnika krwi) .....
  - numer donacji (składnika krwi) .....
  - numer donacji (składnika krwi) .....
- zestaw do przetaczania
- próbkę krwi pacjenta, z której wykonano badania serologiczne przed przetoczeniem
- próbki pobrane po przetoczeniu (w ilości analogicznej, jak na badanie na identyfikację przeciwciał)
- próbki krwi dawców z pracowni immunologii transfuzjologicznej, użyte do wykonania próby zgodności

Próbki do badań bakteriologicznych przestano do: .....

Data i godzina pobrania próbki:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Czytelny podpis osoby pobierającej próbkę krwi:

oznaczenie\*\*\* i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie:

oznaczenie\*\*\* i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie:

## WYPEŁNIA TYLKO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

## REGIONALNE CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA W ŁODZI

Ocena związku z przetoczeniem (przyczynowość\*)

- trudno ocenić (TO)
- wykluczona lub mało prawdopodobna (0)
- możliwa (1)
- prawdopodobna (2)
- pewna (3)

## WNIOSKI LUB STWIERDZONE ZESPÓŁY\*

- 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
- niehemolityczna reakcja gorączkowa
- choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy
- obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenia krążenia)
- hemosyderoza
- inne niewyszczególnione

Data wypełnienia

Wypełnił:

.....  
(oznaczenie\*\*\* i podpis wypełniającego)

\* właściwie 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