PRILOGA III

SIFRA KRVNIH PODJETIJ:

PRIJAVA NEŽELENE REAKCIJE OB TRANSFUZIJI KRVI

NAROČNIK (ZIO):

Klinika, oddelek in interni telefon:

Kontaktna oseba:

Reakcijo opazil:

Datum in čas transfuzije:

Datum in čas reakcije:

NALEPKA S PODATKI O BOLNIKU:

Matična št. občana:

Ime in priimek:

Datum rojstva:

Naslov:

Reg. št. zavarovanca:

Šifra delovnosti:

Op: Vzorce bolnikove krvi obvezno označite s priloženo črno kodo! Za podrobnejše informacije glej: Navodila za odvzem vzorcev za transfuzijske preiskave!

1. Diagnoza:

2. Transfuzijska anamneza:

Bolnik(ca) je že prejel(a) transfузijo krvi

☐ Da ☐ Ne ☐ Ni znano

Datum zadnje transfuzije:

Reakcije ob prejšnjih transfuzijah

☐ Da ☐ Ne, vrsta:

3. Nosečnost:

☐ Da ☐ Ne,

Leto zadnje nosečnosti:

4. Krvni pripravek: številka:

Količina transfundiranega pripravka:

Vrsta krvnega pripravka, ki je povzročil reakcijo

☐ KK ☐ KE ☐ KEL

☐ KT ☐ KTF ☐ SZP

☐ Drugo:

5. Laboratorijski izvidi:

Hb pred transfuzijo

Hb po transfuziji

Haptoglobin

Hemoglobinemija

Methemalbumin

Hemosiderin v urinu

Hemoglobinurija

Nekonjugirani bilirubin

Urobilinogen v urinu

LDH

Retikulociti

Levkociti

Direktni Coombsov test

Indirektni Coombsov test

6. Znaki in simptomi ob transfuzijski reakciji:

☐ mrzlica

☐ porast telesne temperature (>1°C)

☐ urtikarija

☐ drugi kožni izpuščaji, opis:

☐ rdečica obraza

☐ bledica

☐ cianoza

☐ zlatenica

☐ padec/porast krvnega tlaka

☐ padec/porast srčne frekvence

☐ težko dihanje

☐ porast frekvence dihanja

☐ kašelj in/ali izkašljevanje

☐ pljučni edem

☐ bolečina v prsih

☐ bolečina v ledvenem predelu

☐ bolečina na mestu infuzije

☐ bolečine v mišicah

☐ krči

☐ oligurija/anurija

☐ hemoglobinurija

☐ nepojasnjen padec hemoglobina

☐ nenormalne krvavitve

☐ slabost

☐ bruhanje

☐ nezavest

☐ šok

☐ smrt

☐ drugo:

7. Sum na:

☐ virusno okužbo

☐ bakterijsko okužbo

8. Sum na:

☐ skorajšnja napaka

9. Ostalo:

☐

10. Povezanost:

☐ ni povezave (0)

☐ možna povezava (1)

☐ verjetna povezava (2)

☐ zanesljiva povezava (3)

11. Stopnja:

☐ ni znakov (0)

☐ takojšnje pojavljanje brez znakov življenske ogroženosti in polne razvitosti (1)

☐ takojšnje pojavljanje znakov z življenjsko ogroženostjo (2)

☐ dolgotrajna obolelost (3)

☐ smrt bolnika (4)

Sprejem vzorca na ZTM Datum/Ura

Oddal Podpis

Sprejel Podpis

Datum prijave

IME, PRIMEK IN PODPIS ZDRAVNIKA:

Žig

KODE

Vrsta sporočila M1 Binarna ID D1 D7