

PRILOGA IV

POROČILO O NEŽELENI REAKCIJI OB TRANSFUZIJI KRVI

BOLNIK

KRVNI PRIPRAVEK

Začetnici imena in priimka: Spol: M Ž Datum rojstva: Identifikacijska št.: Datum transfuzije: Nastanek reakcije po transfuziji: min ur dni	Številka pripravka: Mesto izdaje: <input type="checkbox"/> ZTM <input type="checkbox"/> transfuzijski oddelek <input type="checkbox"/> bolnišnica (depo) Vrsta pripravka: <input type="checkbox"/> eritrociti <input type="checkbox"/> trombociti <input type="checkbox"/> plazma <input type="checkbox"/> granulociti <input type="checkbox"/> alogenski <input type="checkbox"/> avtologni Način priprave: <input type="checkbox"/> iz polne konzervirane krvi <input type="checkbox"/> afereza <input type="checkbox"/> SD obdelava <input type="checkbox"/> odstranjeni levkociti <input type="checkbox"/> obsevanje <input type="checkbox"/> antigeno skladna <input type="checkbox"/> odstranjena plazma <input type="checkbox"/> CMV negativna <input type="checkbox"/> karantena <input type="checkbox"/> drugo (opišite):
---	---

SIMPTOMI IN KLINIČNI / BIOLOŠKI ZNAKI REAKCIJE

Znaki	pred	po	Simptomi (1)	Simptomi (2)	Biološki
Temperatura	<input type="checkbox"/> slabo počutje	<input type="checkbox"/> bolečine v križu	<input type="checkbox"/> pozitiven DCT
Krvni pritisk (mm Hg)	<input type="checkbox"/> mrzlica	<input type="checkbox"/> bolečine v prsih	<input type="checkbox"/> hiperbilirubinemija
Pulz	<input type="checkbox"/> srbenje	<input type="checkbox"/> bolečine v trebuhu	<input type="checkbox"/> ALT > 2N
Hemoglobinurija			<input type="checkbox"/> urtikarija	<input type="checkbox"/> slabost/bruhanje	<input type="checkbox"/> refraktarnost na transfuzijo
Srčna aritmija			<input type="checkbox"/> rdečica	<input type="checkbox"/> težko dihanje	<input type="checkbox"/> drugo:
Drugo:			<input type="checkbox"/> izpuščaj	<input type="checkbox"/> akutna odpoved ledvic
			<input type="checkbox"/> zlatenica	<input type="checkbox"/> šok
			<input type="checkbox"/> drugo:	<input type="checkbox"/> nezavest
				<input type="checkbox"/> drugo:

ZAKLJUČKI ALI SINDROM (le eden za vsako poročilo):

Imunološki

Hemoliza - AB0
 Hemoliza - nepričakovana protitelesa
 Imunizacija:
 ERI Granulociti
 HLA IgA
 Trombociti
 PTP
 Alergija
 Anafilaktična reakcija
 TRALI

STOPNJA

0. ni znakov
1. takojšnje pojavljanje brez znakov živj. ogroženosti ali polne razvitosti
2. takojšnje pojavljanje znakov z živj. ogroženostjo
3. dolgotrajna obolelost
4. smrt bolnika

POVEZANOST

0. ni povezave
1. možna povezava
2. verjetna povezava
3. zanesljiva povezava

Okužba

Bakterijska okužba komponente
 Bakterija(e)
 HIV
 HBV
 HCV
 CMV
 Drugi povzročitelj:

DRUGE POMEMBNE KLINIČNE INFORMACIJE, TERAPIJA:

IZID ZDRAVLJENJA:

Drugo

Nehemolitična febrilna TR
 S transfuzijo povezana GVHD
 Pliučni edem (srčna odpoved, preobremenitev)
 Hemosideroza

Potek transfuzije kraj:	čas:	Transfundiran napačen pripravek: DA	NE	Vključena tudi:
<input type="checkbox"/> operacijska dvorana <input type="checkbox"/> enota za intenzivno terapijo <input type="checkbox"/> bolnišnični oddelek <input type="checkbox"/> pediatrični oddelek <input type="checkbox"/> dnevna bolnišnica <input type="checkbox"/> drugo:	<input type="checkbox"/> redni delovni čas <input type="checkbox"/> dežurstvo: podnevi ponoči <input type="checkbox"/> konec tedna	Napaka se je zgodila: <input type="checkbox"/> laboratorij za predtransfuzijsko testiranje <input type="checkbox"/> transfuzijska služba <input type="checkbox"/> izdaja, prenos na bolnišnični oddelek <input type="checkbox"/> drugo:		<input type="checkbox"/> materiovigilanca <input type="checkbox"/> farmakovigilanca <input type="checkbox"/> laboratorijski reagenti

POROČEVALEC - zdravnik

Ime in priimek: Ustanova: Naslov:	Telefon ali GSM, E-mail: Datum poročanja: Podpis:
---	---