ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA

|  |
| --- |
| Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierający nazwę albo firmę i adres) |
| ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIAdo ............................... Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w .............................. |
| Przetoczenie | Gdzie\* |  □ sala operacyjna  □ OAiIT  □ oddział ...............  □ inne.................... |
| Kiedy\* |  □ w godzinach pracy regulaminowej □ dyżur  □ sobota i święto (dzień wolny od pracy) |
| Nazwisko i imię pacjenta: | Płeć\*: □ K □ Mdata urodzenia/numer PESEL\*\*…………………………………………numer księgi głównej ……………………………………..………………….. |
| W przypadku pacjenta NN:  | Płeć\*: □ K □ Mnumer 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 ....... godzin..... 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\* |
| ciepłotaRRtętnoniewydolność krążeniahemoglobinuriainne | przed………............................................................ | po………............................................................ | □ niepokój □dreszcze□ świąd□ wysypka□ zaczerwienienie□ mdłości lub wymioty□ niewydolność  nerek □ żółtaczka□ inne …………… | □ bóle w okolicy lędźwiowej□ bóle w okolicy klatki piersiowej□ bóle brzucha□duszność□ wstrząs□utrata świadomości | Wyniki: bilirubina ……………LDH………Haptoglobina .......................Gazometria:pO2 .......................pCO2 .......................Płuca:osłuchowo .............................................. ..............................................RTG klatki piersiowej .....................................................................BNP………...CRP………...inne |
| Zastosowane leczenie\*□ tlenoterapia □ intubacjaOpis:  |
| Nasilenie powikłania\*□ 0. brak□ 1. natychmiastowe, niezagrażające życiu□ 2. natychmiastowe, zagrażające życiu□ 3. długotrwała choroba□ 4. zgon | Inne ważne informacje klinicznestan pacjenta przed przetoczeniem\*: □ ciężki □ dość dobryoperacja: □ tak, kiedy ……………………………………………………….……….□ nie□ inne (podać jakie)………………………………………………………………………………………… |
| Przetoczono nieprawidłowy składnik \* □ TAK □ NIEGdzie wystąpił błąd .............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................(np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik) |
| Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi \* □ TAK □ NIEPodać 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 przetaczania, 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 przeciwko 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 nie posiadającej nr 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.