

WZÓR

ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA

Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierające nazwę albo firmę i adres)		
ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA		
do Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w		
Przetoczenie	gdzie*	☐ sala operacyjna ☐ OAiIT ☐ oddział ☐ inne.....
	kiedy*	☐ w godzinach pracy regulaminowej ☐ dyżur ☐ sobota i święto <i>(dzień wolny od pracy)</i>
Nazwisko i imię pacjenta:		Płeć*: ☐ K ☐ M data urodzenia/numer PESEL**: numer książki głównej:
W przypadku pacjenta NN:		Płeć*: ☐ K ☐ M numer książki 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.		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			
Data i godzina zakończenia przetoczenia: / / godz.		Preparatyka*: ☐ z krwi pełnej ☐ afereza ☐ ubogoleukocytarne ☐ napromieniowane ☐ inne.....			
Przetaczane składniki*: ☐ KPK ☐ KKCz ☐ KKP ☐ FFP ☐ KG ☐ inne (jakie)					
Próba zgodności serologicznej wykonana w: Wynik:					
Objawy kliniczne/Biologiczne oznaki reakcji niepożądaney*					
ciepłota RR tętno niewydolność krążenia hemoglobinuria inne	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: pO ₂ pCO ₂

					Płuca: osłuchowo RTG klatki piersiowej BNP..... CRP..... 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 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 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

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 (<i>szczep</i>)..... ○ 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 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.