

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielone Górze		
Numer wersji 1	SOP-PTB-PZ-02	strona 1 z 3
Załącznik numer: 6	Wersja załącznika: 1	Data: 09.09.2024 r.

**ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA
DO PRACOWNI IMMUNOLOGII TRANSFUZJOLOGICZNEJ BIORCÓW RCKIK W ZIELONEJ GÓRZE**

WYPEŁNIĆ DUKOWANYMI LITERAMI

Pieczęć jednostki zlecającej	WYPEŁNIA RCKIK	
	Data i godzina przyjęcia:	Numer badania:

Przetoczenie:	Gdzie:	<input type="checkbox"/> sala operacyjna <input type="checkbox"/> OAiT <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: (lub nr księgi głównej dla pacjenta NN)	Imię:	Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
--	-----------------------	--

PESEL: □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Data urodzenia: □ □ - □ □ - □ □ □ □
--	---

Rozpoznanie:	Grupa krwi pacjenta:
Hb (przed przetoczeniem):..... Hb (po przetoczeniu):.....	Przeciwciała:
Liczba płytek przed przetoczeniem:	
Liczba płytek po przetoczeniu:	

Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia: □ □ - □ □ - □ □ □ □ godz.:	Grupa krwi:..... Przetoczona objętość (ml):..... Numer donacji składnika krwi:.....
Data i godzina zakończenia przetoczenia: □ □ - □ □ - □ □ □ □ godz.:	Data pobrania: □ □ - □ □ - □ □ □ □ Data ważności: □ □ - □ □ - □ □ □ □

Czas wystąpienia reakcji: podczas transfuzji (po jakim czasie):.....
 po zakończeniu transfuzji (po jakim czasie):.....

Przetaczane składniki: <input type="checkbox"/> KPK <input type="checkbox"/> KKCz <input type="checkbox"/> KKP <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> inne.....	Preparatyka: <input type="checkbox"/> z krwi pełnej <input type="checkbox"/> afereza <input type="checkbox"/> ubogoleukocytarny <input type="checkbox"/> napromieniowanie <input type="checkbox"/> inne.....
--	--

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

Objawy kliniczne/biologiczne oznaki reakcji niepożądaney:					
	przed	po			Wyniki
Ciepłota ciała:	<input type="checkbox"/> niepokój	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy łędźwiowej	Bilirubina:.....
RR:	<input type="checkbox"/> dreszcze	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki piersiowej	LDH:.....
Tętno:	<input type="checkbox"/> świąd	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	Haptoglobina:.....
Niewydolność krążenia:	<input type="checkbox"/> wysypka	<input type="checkbox"/> duszność	Gazometria:.....
Hemoglobinuria:	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie	<input type="checkbox"/> wstrząs	pO ₂ :.....
Inne:	<input type="checkbox"/> mdłości lub wymioty	<input type="checkbox"/> utrata świadomości	pCO ₂ :.....
			<input type="checkbox"/> niewydolność nerek		Płuca:.....
			<input type="checkbox"/> żółtaczka		Osłuchowo:.....
			<input type="checkbox"/> inne:		RTG klatki piersiowej:
					BNP:.....
					CRP:.....

Zastosowane leczenie:

 tlenoterapia inkubacja

Opis:

Nasilenie powikłania:

0. Brak
1. Natychmiastowe, niezagrażające życiu
2. Natychmiastowe, zagrażające życiu
3. Długotrwała choroba
4. Zgon

Stan pacjenta przed przetoczeniem:

- ciężki
- dość dobry
- Operacja:
- tak, kiedy.....
- nie
- inne (podać jakie).....

PRZETOCZONO NIEPRAWIDŁOWY SKŁADNIK: TAK NIE

Gdzie wystąpił błąd:

Czy pacjent był poprzednio leczony krwią: TAK NIE

Podać nazwę, ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia:

Czy podczas poprzednich przetoczeń obserwowano niepożądane reakcje:

 NIE TAK jakie:.....

W celu wyjaśnienia przyczyn niepożądanego zdarzenia przesyłamy:

1. Resztki przetoczonej krwi lub jej składnika (przetoczone pacjentowi w ciągu 24h od wystąpienia niepożądanego zdarzenia wraz z zabezpieczonym (korkiem lub jałową gazą) zestawem do przetaczania.

Numer donacji (składnika krwi).....

Numer donacji (składnika krwi).....

Numer donacji (składnika krwi).....

Numer donacji (składnika krwi).....

2. próbkę krwi pacjenta, z której wykonano badania serologiczne przed przetoczeniem.

3. próbki pobrane po przetoczeniu (1x na EDTA 5ml, 1x na skrzep 5ml)

4. próbki krwi dawców z pracowni immunologii transfuzjologicznej, użyte do wykonania próby zgodności

Próbki do badań **bakteriologicznych** zostały pobrane NIE TAK i przesłane do:.....Data i godzina pobrania próbki : - - godz.:.....

Czytelny podpis oraz pieczętka osoby pobierającej próbkę:.....

Pieczętka i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję/zdarzenie:

Pieczętka i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie:

**WYPEŁNIA PRACOWNIK REGIONALNEGO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA
W ZIELONEJ GÓRZE**

Ocena związku z przetoczeniem (przyczynowość):

- trudno ocenić
- wykluczona lub mało prawdopodobna
- możliwa
- prawdopodobna
- pewna

Wnioski lub stwierdzone zespoły:

- hemoliza – niezgodność ABO
- hemoliza – obecność przeciwciał odpornościowych
- poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa
- alergja
- 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, przeciążenie krążenia)
- Hemosyderoza
- Inne:.....

Data wypełnienia:

Pieczętka i podpis pracownika RCKiK