ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierający 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 (dzień wolny od pracy) | | | | | | | | | |
| Nazwisko i imię pacjenta: | | | | | | | | Płeć\*: □ K □ M  data urodzenia/numer PESEL\*\*  …………………………………………  numer księgi głównej  ……………………………  ………..………………….. | | | | |
| W przypadku pacjenta NN: | | | | | | | | Płeć\*: □ K □ M  numer 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\* | | | | | | | | | | | | |
| 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:  pO2 .......................  pCO2 .......................  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 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.