|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oznaczenie podmiotu leczniczego** | (nazwa, adres – np. pieczątka) | Data zgłoszenia: ....../......../.............. |
| **ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA****do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach** |
| PRZETOCZENIE | ***gdzie\**** |  sala operacyjna OAiIT Oddział Ambulatorium inne...........................  |
| ***kiedy***\* |  w godzinach pracy regulaminowej dyżur sobota i święto (dzień wolny od pracy) |
| ....................................................................................... **NAZWISKO i IMIĘ PACJENTA** | Data ur. / PESEL\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć\*:  **M**  **K**  | Nr historii choroby: ............................. |
| Grupa krwi pacjenta ....................................................... Przeciwciała ................................................................................ |
| Rozpoznanie: ............................................................................................Inne choroby: ............................................................................................. | Hb ............; PLT............... (przed przetoczeniem)Hb ............; PLT................... (po przetoczeniu) |
| **Data i godz. rozpoczęcia przetoczenia** | Grupa krwi ..................................…... Przetoczona objętość ........................ml**Nr donacji** (składnika krwi) ........................................................................................... Data pobrania .......................................... Data ważności ................................................ |
| ..... /..... /............ godz. ............. |
| **Data i godz. zakończenia przetoczenia**..... /..... /............ godz. ........... | Czas wystąpienia reakcji\*:  | podczas przetoczenia .............. min ...........godz. .................................po zakończeniu przetoczenia ........... min . .......... godz. ............. dni |
| Przetaczane składniki krwi\*: **KPK** **KKCz** **KKP** **FFP** **KG** **inne** | Preparatyka\*  |  z krwi pełnej afereza ubogoleukocytarne napromieniowane  inne ..............................................................  |
| Próba zgodności serologicznej wykonana w........................................................................................................................... Wynik ..................................................................................................................................................................................... |
| Objawy kliniczne / Biologiczne oznaki reakcji niepożądanej\* |
| Ciepłota RR Tętno Niewyd. krąż . Hemoglobinuria inne ................ | przed...................................................... | po.................................................................. |  niepokój dreszcze świąd wysypka zaczerwienienie mdłości / wymioty niewydolność nerek żółtaczka | bóle w okolicy lędźwiowej bóle w okolicy klatki piersiowej bóle brzucha duszność wstrząs utrata świadomości inne ....................................... .............................................. | Wyniki badań:- Bilirubina ………..................- LDH ................................... - Haptoglobina ......................- BNP .........- CRP ...............- PO2 ...........- PCO2 .............- Płuca osłuchowo…………...- Płuca RTG...........................- inne ..................................... |
| Zastosowane leczenie\* tlenoterapia  intubacjaOpis :.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Leki przyjmowane przed transfuzją………………...............................................................…………………………………..… |
|  Nasilenie powikłania\*: **0**. brak **1**. natychmiastowy, niezagrażający życiu **2**. natychmiastowy, zagrażający życiu **3**. długotrwała choroba  **4**. zgon | Inne ważne informacje kliniczne\*:Stan pacjenta przed transfuzją: ciężki dość dobry Operacja: **TAK** - kiedy .............................................. **NIE**Inne (jakie ) ............................................................................................................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| Przetoczono nieprawidłowy składnik\* **TAK** **NIE** Gdzie wystąpił błąd ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... (próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik, itp.) |
| Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi\* **TAK** **NIE** Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia ..................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Czy podczas poprzednich transfuzji obserwowano niepożądane reakcje\* ?  **TAK** **NIE**  |
| W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika - nr 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 próbek krwi: ......./......../............. godz. ........................Czytelny podpis osoby pobierającej próbki krwi: ..................................................................................................................... |
| Lekarz zgłaszający niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie...............................................................................(Data, oznaczenie\*\*\* i podpis) | Lekarz odpowiedzialny za przetoczenie...............................................................................(Data, oznaczenie\*\*\* i podpis) |

# \* 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.

# Wypełnia Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa centrum** (nazwa, adres – np. pieczątka) |  |
| 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 ABOhemoliza – obecność odpornościowych przeciwciałpoprzetoczeniowa skaza małopłytkowaalergiawstrząs anafilaktycznyTRALIduszność 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 przeciw biorcy
		- obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia)
		- hemosyderoza
		- inne niewyszczególnione
 |
| Data wypełnienia: | Wypełnił:......................................................................................(oznaczenie\*\*\* i podpis wypełniającego) |