|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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  intubacja  Opis :.......................................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................................................................................  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 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 przeciw biorcy     - obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia)     - hemosyderoza     - inne niewyszczególnione |
| Data wypełnienia: | Wypełnił:  ......................................................................................  (oznaczenie\*\*\* i podpis wypełniającego) |