

Oznaczenie podmiotu leczniczego	(nazwa, adres – pieczętka)	Data zgłoszenia:/...../.....
ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach		
PRZETOCZENIE	gdzie*	<input type="checkbox"/> sala operacyjna <input type="checkbox"/> OAiIT <input type="checkbox"/> Oddział <input type="checkbox"/> Ambulatorium <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 i IMIĘ PACJENTA		Data ur. / PESEL**
		Płeć*: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K Nr historii choroby:
Grupa krwi pacjenta Przeciwciała		
Rozpoznanie:		Hb; PLT..... (przed przetoczeniem)
Inne choroby:		Hb; PLT..... (po przetoczeniu)
Data i godz. rozpoczęcia przetoczenia /..... /..... godz.	Grupa krwi Przetoczona objętośćml Nr donacji (składnika krwi) Data pobrania Data ważności	
Data i godz. zakończenia przetoczenia /..... /..... godz.	Czas wystąpienia reakcji*:	<input type="checkbox"/> podczas przetoczenia mingodz. <input type="checkbox"/> po zakończeniu przetoczenia min godz. dni
Przetaczane składniki krwi*: <input type="checkbox"/> KPK <input type="checkbox"/> KKCz <input type="checkbox"/> KKP <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> inne		<input type="checkbox"/> z krwi pełnej <input type="checkbox"/> afereza <u>Preparatyka*</u> <input type="checkbox"/> ubogoleukocytarne <input type="checkbox"/> napromieniowane <input type="checkbox"/> inne
Próba zgodności serologicznej wykonana w..... Wynik		
Objawy kliniczne / Biologiczne oznaki reakcji niepożądaney*		
Ciepłota RR Tętno Niewyd. krąż . Hemoglobinuria inne	<u>przed</u>	<u>po</u>
	<input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> dreszcze <input type="checkbox"/> świąd <input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> zaczerwienienie <input type="checkbox"/> mdłości / wymioty <input type="checkbox"/> niewydolność nerek <input type="checkbox"/> żółtaczka	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy lędźwiowej <input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki piersiowej <input type="checkbox"/> bóle brzucha <input type="checkbox"/> duszność <input type="checkbox"/> wstrząs <input type="checkbox"/> utrata świadomości <input type="checkbox"/> inne
		Wyniki badań: - Bilirubina - LDH - Haptoglobina - BNP - CRP - PO ₂ - PCO ₂ - Płuca osłuchowo..... - Płuca RTG..... - inne
Zastosowane leczenie* <input type="checkbox"/> tlenoterapia <input type="checkbox"/> intubacja Opis :		
Leki przyjmowane przed transfuzją.....		

<p>Nasilenie powikłania*:</p> <p><input type="checkbox"/> 0. brak</p> <p><input type="checkbox"/> 1. natychmiastowy, niezagrażający życiu</p> <p><input type="checkbox"/> 2. natychmiastowy, zagrażający życiu</p> <p><input type="checkbox"/> 3. długotrwała choroba</p> <p><input type="checkbox"/> 4. zgon</p>	<p>Inne ważne informacje kliniczne*:</p> <p>Stan pacjenta przed transfuzją: <input type="checkbox"/> ciężki <input type="checkbox"/> dość dobry</p> <p>Operacja: <input type="checkbox"/> TAK - kiedy <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Inne (jakie)</p>
---	--

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:

<p>Lekarz zgłaszający niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie</p> <p>.....</p> <p>(Data, oznaczenie*** i podpis)</p>	<p>Lekarz odpowiedzialny za przetoczenie</p> <p>.....</p> <p>(Data, oznaczenie*** i podpis)</p>
--	---

* 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. pieczętka)	
Ocena związku z przetoczeniem: (przyczynowość)*	<input type="checkbox"/> trudno ocenić (TO) <input type="checkbox"/> wykluczona lub mało prawdopodobna (0) <input type="checkbox"/> możliwa (1) <input type="checkbox"/> prawdopodobna (2) <input type="checkbox"/> pewna (3)
Wnioski lub stwierdzone zespoły*	<input type="checkbox"/> hemoliza – niezgodność w ABO <input type="checkbox"/> hemoliza – obecność odpornościowych przeciwciał <input type="checkbox"/> poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa <input type="checkbox"/> alergja <input type="checkbox"/> wstrząs anafilaktyczny <input type="checkbox"/> TRALI <input type="checkbox"/> duszność poprzetoczeniowa (TAD) <input type="checkbox"/> zakażenie: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> bakteryjne, szczep <input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> HBV <input type="radio"/> HCV <input type="radio"/> CMV <input type="checkbox"/> uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> krwinek czerwonych <input type="radio"/> HLA <input type="radio"/> HPA <input type="radio"/> granulocytów <input type="radio"/> IgA <input type="checkbox"/> Inne <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> niehemolityczny odczyn gorączkowy <input type="radio"/> choroba potransfuzyjna przeszczep przeciw biorcy <input type="radio"/> obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) <input type="radio"/> hemosyderoza <input type="radio"/> inne niewyszczególnione
Data wypełnienia:	Wypełnił: <div style="text-align: center;"> (oznaczenie*** i podpis wypełniającego) </div>