

## ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA

Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierające nazwę albo firmę i adres)		
<b>ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA</b>		
do ..... Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w .....		
Przetoczenie	gdzie*	<input type="checkbox"/> sala operacyjna <input type="checkbox"/> OAiIT <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 <i>(dzień wolny od pracy)</i>
Nazwisko i imię pacjenta:		Płeć*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M  data urodzenia/numer PESEL**: .....  numer księgi głównej: ..... .....
W przypadku pacjenta NN:		Płeć*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 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*: <input type="checkbox"/> podczas przetoczenia ..... min ..... godzina <input type="checkbox"/> po zakończeniu przetoczenia ..... min ..... godzin ..... dni			
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 (jakie)		Preparatyka*: <input type="checkbox"/> z krwi pełnej <input type="checkbox"/> afereza <input type="checkbox"/> ubogoleukocytarne <input type="checkbox"/> napromieniowane <input type="checkbox"/> inne.....			
Próba zgodności serologicznej wykonana w: ..... Wynik: .....					
Objawy kliniczne/Biologiczne oznaki reakcji niepożądaney*					
	przed	po	<input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> dreszcze <input type="checkbox"/> świąd <input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> zaczerwienienie <input type="checkbox"/> mdłości lub wymioty <input type="checkbox"/> niewydolność nerek <input type="checkbox"/> żółtaczką <input type="checkbox"/> inne .....	<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	Wyniki: bilirubina ..... LDH..... Haptoglobina ..... Gazometria: pO <sub>2</sub> ..... pCO <sub>2</sub> .....
ciepłota ..... RR ..... tętno ..... niewydolność krążenia ..... hemoglobinuria ..... inne .....					

					Płuca: osłuchowo ..... ..... ..... .....  RTG klatki piersiowej ..... ..... ..... .....  BNP ..... CRP ..... inne
--	--	--	--	--	---

Zastosowane leczenie\*:  
 tlenoterapia     intubacja

Opis:

Nasilenie powikłania* <input type="checkbox"/> 0. brak <input type="checkbox"/> 1. natychmiastowe, niezagrażające życiu <input type="checkbox"/> 2. natychmiastowe, zagrażające życiu <input type="checkbox"/> 3. długotrwała choroba <input type="checkbox"/> 4. zgon	Inne ważne informacje kliniczne stan pacjenta przed przetoczeniem*: <input type="checkbox"/> ciężki <input type="checkbox"/> dość dobry  operacja: <input type="checkbox"/> tak, kiedy ..... ..... <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> 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)*	<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"/> alergia <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"> <li>○ bakteryjne (<i>szczep</i>).....</li> <li>○ HIV</li> <li>○ HBV</li> <li>○ HCV</li> <li>○ CMV</li> </ul> <input type="checkbox"/> uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał <ul style="list-style-type: none"> <li>○ krwinek czerwonych.....</li> <li>○ HLA .....</li> <li>○ HPA .....</li> <li>○ granulocytów .....</li> <li>○ IgA</li> </ul> <input type="checkbox"/> inne <ul style="list-style-type: none"> <li>○ niehemolityczny odczyn gorączkowy</li> <li>○ choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy</li> <li>○ obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia)</li> <li>○ hemosyderoza</li> <li>○ inne niewyszczególnione</li> </ul>
Data wypełnienia:	Wypełnił:  ..... (oznaczenie*** i podpis wypełniającego)

\* 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.