

Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierające nazwę albo firmę i adres)					
ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA ZWIĄZANEGO Z PRZETACZANIEM SKŁADNIKÓW KRWI Do Pracowni Immunologii Krwinek Czerwonych Zakładu Immunologii Hematologicznej i Transfuzjologicznej Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie					
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 (dzień wolny od pracy)			
Nazwisko i imię pacjenta:		Płeć*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		data urodzenia/numer PESEL **: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
W przypadku pacjenta NN:		Płeć*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		numer księgi głównej: niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta:	
Rozpoznanie:			Grupa krwi pacjenta:		
Hb: (przed przetoczeniem) (po przetoczeniu)			przeciwciała:		
Liczba płytek: (przed przetoczeniem) (po przetoczeniu)					
Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia:/...../..... godz.		grupa krwi przetoczona objętość ml nr donacji (składnika krwi)			
Data i godzina zakończenia przetoczenia:/...../..... godz.		data pobrania data ważności czas wystąpienia odczynu: podczas transfuzji min godz. po zakończeniu transfuzji min godz. dni			
Przetaczane składniki <input type="checkbox"/> KPK <input type="checkbox"/> KKCz <input type="checkbox"/> KKP <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> KG			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*					
ciepłota	przed	po	<input type="checkbox"/> niepokój	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy łędźwiowej	Wyniki: Bilirubina LDH Haptoglobina Gazometria: pO2 pCO2 BNP CRP inne
RR	<input type="checkbox"/> dreszcze	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki	
tętno	<input type="checkbox"/> świąd	piersiowej	
niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/> wysypka	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	
hemoglobinuria	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie	<input type="checkbox"/> duszność	
inne	<input type="checkbox"/> mdłości lub wymioty	<input type="checkbox"/> wstrząs	
			<input type="checkbox"/> niewydolność nerek	<input type="checkbox"/> utrata świadomości	
			<input type="checkbox"/> żółtaczka		
			<input type="checkbox"/> inne		
Płuca: osłuchowo			Zastosowane leczenie*: <input type="checkbox"/> tlenoterapia <input type="checkbox"/> intubacja		
RTG klatki piersiowej			Opis:		
Nasilenie powikłania* Inne ważne informacje kliniczne					
<input type="checkbox"/> 0. brak stan pacjenta przed przetoczeniem*:					
<input type="checkbox"/> 1. natychmiastowe, niezagrażające życiu <input type="checkbox"/> ciężki					
<input type="checkbox"/> 2. natychmiastowe, zagrażające życiu <input type="checkbox"/> dość dobry					
<input type="checkbox"/> 3. długotrwała choroba operacja:					
<input type="checkbox"/> 4. zgon <input type="checkbox"/> TAK, kiedy <input type="checkbox"/> NIE					
<input type="checkbox"/> inne (podać jakie)					
Przetoczono nieprawidłowy składnik*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Gdzie wystąpił błąd:					
(np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik)					
Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia:					
Czy podczas poprzednich przetoczeń obserwowano niepożądane reakcje*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
..... (oznaczenie*** i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie)		 (oznaczenie*** i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie)		

W celu wyjaśnienia przyczyny niepożądanego zdarzenia przesyłamy:

1. resztki przetoczonej krwi lub jej składnika,
2. dren pilotujący przetoczony składnik krwi odłączony od pojemnika z krwią:
 nr numer donacji grupa krwi rodzaj składnika
 nr numer donacji grupa krwi rodzaj składnika
 nr numer donacji grupa krwi rodzaj składnika
 nr numer donacji grupa krwi rodzaj składnika
3. zestaw do przetaczania
4. próbkę krwi pacjenta, z której wykonano badania serologiczne przed przetoczeniem; pobrana .../.../..... godz.
5. próbki pobrane po przetoczeniu w ilości 5 ml na skrzep i 5 ml na antykoagulant; pobrane .../.../..... godz.
6. próbki krwi dawców z pracowni immunologii transfuzjologicznej użyte do wykonania próby zgodności; numer donacji (składnika krwi):

Próbki do badań bakteriologicznych przesłano do

Data i godzina pobrania krwi: .../.../..... godz.

.....
Czytelny podpis osoby pobierającej próbki krwi

WYPEŁNIA ZAKŁAD TRANSFUZJOLOGII

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="checkbox"/> bakteryjne (szczep)..... <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> krwinek czerwonych..... <input type="checkbox"/> HLA <input type="checkbox"/> HPA <input type="checkbox"/> granulocytów <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> inne <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> niehemolityczny odczyn gorączkowy <input type="checkbox"/> choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy <input type="checkbox"/> obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) <input type="checkbox"/> hemosyderoza <input type="checkbox"/> inne niewyszczególnione
Data wypełnienia:	Wypełnił: (oznaczenie*** i podpis wypełniającego)

* Właściwie 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.