

Notificació de reacció transfusional (imprès 1)

Dades del malalt

Nom i cognoms _____ NHC _____

Edat _____ Sexe _____

home dona

Servei _____ Llit _____

Diagnòstic _____

Data de la transfusió _____ Hora de la transfusió _____

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____| h ____|____| min

Moment de la reacció

- durant la transfusió
 després de la transfusió: ____|____| hores ____|____| dies

Antecedents

- transfusions reaccions transfusionals:
 cirurgia febril altres (especifiqueu-les):
 embarassos al·lèrgica
 immunodepressió hemolítica

Dades del component

Tipus

- hematies plaquetes: un donant més d'un donant
 PFC altres

Núm. de la/les unitat/s _____ Volum transfós (si escau) _____

_____|_____|_____|_____| ml

Manifestacions clíniques

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> elevació de la temperatura | <input type="checkbox"/> calfreds / tremolors | <input type="checkbox"/> dolor lumbar |
| <input type="checkbox"/> anúria / oligúria | <input type="checkbox"/> hemoglobínúria | <input type="checkbox"/> icterícia |
| <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> náusea / vòmit | <input type="checkbox"/> crisi hipertensiva |
| <input type="checkbox"/> edema agut de pulmó | <input type="checkbox"/> prujja | <input type="checkbox"/> urticària |
| <input type="checkbox"/> eritema | <input type="checkbox"/> edema angioneuròtic | <input type="checkbox"/> hipotensió |
| <input type="checkbox"/> xoc | <input type="checkbox"/> diarrea | <input type="checkbox"/> petèquies |
| <input type="checkbox"/> síndrome hemorràgica difusa | <input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-les): | |

Exploració pretransfusional

Temperatura _____ Pressió arterial _____ Pols _____

_____|_____|_____|_____| °C ____|____| / ____|____| mmHg ____|____| pulsacions/min

Exploració posttransfusional

Temperatura _____ Pressió arterial _____ Pols _____

_____|_____|_____|_____| °C ____|____| / ____|____| mmHg ____|____| pulsacions/min

Dades del metge/metgessa que empena la notificació

Cognoms i nom _____ Servei _____ Ext. telefònica _____

Signatura _____

Data _____

Nota: Aquest qüestionari l'ha d'emplenar el metge/metgessa davant la sospita que un malalt presenti una reacció adversa en relació amb la transfusió de sang o dels seus components. Les dades que hi consten no formaran part del registre d'hemovigilància.