

Notificació de reacció febril i/o hipotensió (imprès 14)

Dades del malalt

Inicials del nom i cognoms	NHC
Edat	Sexe <input type="checkbox"/> home <input type="checkbox"/> dona
Centre o Servei de Transfusió (annex 1) _ _ _ _ _ _ _	Diagnòstic (annex 2) _ _ _ _
Data de la transfusió _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Antecedents <input type="checkbox"/> embarassos <input type="checkbox"/> transfusions <input type="checkbox"/> medicació prèvia <input type="checkbox"/> reaccions prèvies	
Moment de la reacció <input type="checkbox"/> durant la transfusió <input type="checkbox"/> després de la transfusió (especifiqueu les hores): _ _ _ _ _	

Dades del component

Tipus <input type="checkbox"/> hematies <input type="checkbox"/> sang total autòloga <input type="checkbox"/> altres <input type="checkbox"/> PFC <input type="checkbox"/> plaquetes: <input type="checkbox"/> un donant <input type="checkbox"/> més d'un donant		
Característiques <input type="checkbox"/> irradiat <input type="checkbox"/> desplasmatitzat <input type="checkbox"/> altres		
Núm. de la/les unitat/s	Volum transfós _ _ _ _ ml	Data de l'extracció _ _ _ _ _ _ _ _ _

Dades clíniques

<input type="checkbox"/> febre	<input type="checkbox"/> dispnea	<input type="checkbox"/> cianosi	<input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-les):
<input type="checkbox"/> cefalea	<input type="checkbox"/> tremolors	<input type="checkbox"/> hipotensió	
<input type="checkbox"/> calfreds	<input type="checkbox"/> nàusees / vòmits	<input type="checkbox"/> hipertensió	

Estudi de la reacció

Anti-HLA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (especifiqueu-los): _ _
Ac antigranulocítics <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (especifiqueu-los): _ _ _ _
Ac antiplaquetaris <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí (especifiqueu-los): _ _ _ _

Quantificació de la gravetat

<input type="checkbox"/> 0: sense signes
<input type="checkbox"/> 1: signes immediats sense risc vital i resolució completa
<input type="checkbox"/> 2: signes immediats amb risc vital (morbidityat major)
<input type="checkbox"/> 3: morbidityat a llarg termini (seqüeles)
<input type="checkbox"/> 4: mort del malalt

Imputabilitat

<input type="checkbox"/> 0: sense relació (aparentment associada a la transfusió, amb evidència que la transfusió no és la causa)
<input type="checkbox"/> 1: possible (podria estar relacionada o no amb la transfusió)
<input type="checkbox"/> 2: suggestiva / probable (efecte compatible amb la transfusió i no explicable per altres causes)
<input type="checkbox"/> 3: segura (demostrada la seva relació amb la transfusió)

Dades del metge/metgessa que emplena la notificació

Cognoms i nom	Servei	Ext. telefònica
Signatura		
Data		

Nota: Les dades dels espais ombrats formaran part del registre d'hemovigilància.