

Notificació de reacció al·lèrgica / anafilàctica (imprès 8)

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"/> transfusions anteriors <input type="checkbox"/> reaccions al·lèrgiques anteriors	

Dades del component

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

Dades clíniques

<input type="checkbox"/> manifestacions cutànies <input type="checkbox"/> pruija <input type="checkbox"/> eritema <input type="checkbox"/> faves <input type="checkbox"/> altres	<input type="checkbox"/> manifestacions respiratòries <input type="checkbox"/> dispnea <input type="checkbox"/> broncospasme
<input type="checkbox"/> manifestacions cardiovasculars <input type="checkbox"/> hipotensió <input type="checkbox"/> xoc <input type="checkbox"/> altres	<input type="checkbox"/> manifestacions gastrointestinals <input type="checkbox"/> nàusees <input type="checkbox"/> vòmits <input type="checkbox"/> diarrees <input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-les):
<input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-les):	
Requeriments del malalt com a conseqüència de la complicació <input type="checkbox"/> ingrés a l'UVI <input type="checkbox"/> adrenalina <input type="checkbox"/> ventilació assistida (especifiqueu el nombre de dies): <input type="checkbox"/> corticoides <input type="checkbox"/> altres (especifiqueu-los):	

Estudi de la reacció

Determinació d'IgA <input type="checkbox"/> no realitzada <input type="checkbox"/> sí (especifiqueu el resultat):	Especifiqueu la tècnica
Ac anti-IgA <input type="checkbox"/> no present <input type="checkbox"/> present <input type="checkbox"/> no estudiat	Especifiqueu la tècnica

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.