

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-O-10	Strona zał. 1 z 3
Załącznik nr 2	Wersja zał. nr 01	Data: 09.04.2024r.

**Formularz zgłoszenia niepożądanego reakcji lub zdarzenia
do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu.**

Oznaczenie podmiotu leczniczego: <i>(zawierające nazwę albo firmę i adres)</i>		
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/ PESEL** nr księgi głównej niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta <i>(w przypadku pacjenta NN)</i>
Rozpoznanie:..... Hb:..... <i>(przed przetoczeniem)</i> <i>(po przetoczeniu)</i> Liczba płytek krwi:..... <i>(przed przetoczeniem)</i> <i>(po przetoczeniu)</i>		Grupa krwi pacjenta: Przeciwciała:
Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia: -- - - - - :-- Data i godzina zakończenia przetoczenia: -- - - - - :--	Grupa krwi Numer donacji składnika krwi..... Przetoczona objętośćml, Data pobrania składnika krwi..... Data ważności składnika krwi..... Czas wystąpienia reakcji*: <input type="checkbox"/> podczas przetoczenia min godzina <input type="checkbox"/> po zakończeniu przetoczeniamin.godz. dni	

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-O-10	Strona zał. 2 z 3
Załącznik nr 2	Wersja zał. nr 01	Data: 09.04.2024r.

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"/> z aferezy <input type="checkbox"/> ubogoleukocytarne <input type="checkbox"/> napromieniowane <input type="checkbox"/> inne (jakie).....
Próba zgodności serologicznej wykonana w:	
Wynik:	

Objawy kliniczne/ Biologiczne oznaki reakcji niepożądaney*			
przed po ciepłota..... RR tętno niewydolność krążenia hemoglobinuria inne	<input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> dreszcze <input type="checkbox"/> świąd <input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> zaczerwienienie <input type="checkbox"/> mdłości/wymioty <input type="checkbox"/> niewydolność nerek <input type="checkbox"/> żółtaczk <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy łędźwiowej <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..... LDHHapt oglobina..... Gazometria: PO ₂ PCO ₂ Płuca: osłuchowo RTGkl. piers. BNP..... CRP..... Inne.....
Zastosowane leczenie* <input type="checkbox"/> tlenoterapia <input type="checkbox"/> 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 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			

Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Wałbrzychu		
Nr wersji: 01	SOP-CKiK-DZJ-O-10	Strona zał. 3 z 3
Załącznik nr 2	Wersja zał. nr 01	Data: 09.04.2024r.

W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczony 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

- * Właściwe zaznaczyć X lub wypełnić
- ** W przypadku osoby nie posiadającej 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.