

Zgłoszenie niepożądanego reakcji poprzetoczeniowej
lub niepożądanego zdarzeniaData wydania:
09.07.2021r.do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
w Wałbrzychu

Strona 1 z 2

Oznaczenie podmiotu leczniczego:
(zawierające nazwę albo firmę i adres)

Przetoczenie

gdzie*

-
- sala operacyjna
-
-
- OAiT
-
-
- oddział

kiedy*

-
- inne

 w godzinach pracy regulaminowej dyżur sobota i święto (dzień wolny od pracy)

Nazwisko i imię pacjenta:

Płeć*: K M

data urodzenia/ PESEL** _ _ _ _ _

nr książki głównej

niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta
(w przypadku pacjenta NN)

Rozpoznanie

Hb:

(przed przetoczeniem)..... (po przetoczeniu).....

Liczba płytek:

(przed przetoczeniem)..... (po przetoczeniu).....

Grupa krwi pacjenta

przeciwciała

Data i godzina
rozpoczęcia
przetoczenia:

_ _ - _ - _

_ : _ _

Data i godzina
zakończenia
przetoczenia:

_ _ - _ - _

_ : _ _

Grupa krwi

numer donacji (składnika krwi) _ _ _ _ _

przetoczona objętośćml,

data pobrania

data ważności

czas wystąpienia reakcji*: podczas przetoczenia min godzina po zakończeniu przetoczeniamin.godz. dni

Przetaczane składniki*

 KPK KKCz KKP FFP KG inne (jakie)

Preparatyka*

 z krwi pełnej z aferezy ubogoleukocytarne napromieniowane 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: PO ₂ PCO ₂ Płuca: osłuchowo RTG kl.piers..... BNP..... CRP..... Inne.....
RR	<input type="checkbox"/> dreszcze	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki piersiowej	
tętno	<input type="checkbox"/> świąd	<input type="checkbox"/> bóle brzucha	
niewydolność	<input type="checkbox"/> wysypka	<input type="checkbox"/> duszność	
krażenia	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie	<input type="checkbox"/> wstrząs	
hemoglobinuria	<input type="checkbox"/> mdłości/wymioty	<input type="checkbox"/> utrata świadomości	
inne	<input type="checkbox"/> niewydolność nerek		
			<input type="checkbox"/> żółtaczk inne		

Zastosowane leczenie*
.....
 tlenoterapia 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* TAK NIE
Gdzie wystąpił błąd
(np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik)

Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi* TAK NIE
Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia.....

Czy podczas poprzednich przetoczeń obserwowano niepożądane reakcje*
 TAK NIE

W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej 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.