

## WZÓR

## ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI LUB ZDARZENIA

Oznaczenie podmiotu leczniczego (zawierające nazwę albo firmę i adres)	
<b>ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA</b>	
do ..... Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w .....	
Przetoczenie	gdzie* <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> sala operacyjna</li> <li><input type="checkbox"/> OAiIT</li> <li><input type="checkbox"/> oddział .....</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>
	kiedy* <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w godzinach pracy regulaminowej</li> <li><input type="checkbox"/> dyżur</li> <li><input type="checkbox"/> sobota i święto <i>(dzień wolny od pracy)</i></li> </ul>
Nazwisko i imię pacjenta:	Płeć*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M  data urodzenia/numer PESEL**: .....  numer księgi głównej: ..... .....
W przypadku pacjenta NN:	Płeć*: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M  numer księgi głównej: ..... .....  niepowtarzalny numer identyfikacyjny pacjenta: .....

Rozpoznanie: ..... Hb: ..... (przed przetoczeniem) ..... (po przetoczeniu) ..... Liczba płytek: ..... (przed przetoczeniem) ..... (po przetoczeniu)		Grupa krwi pacjenta: ..... przeciwciała: .....	
Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia: / / godz. Data i godzina zakończenia przetoczenia: / / godz.		Grupa krwi: ....., przetoczona objętość: ..... ml numer donacji (składnika krwi): ..... data pobrania: / / data ważności: / / czas wystąpienia reakcji*: <input type="checkbox"/> podczas przetoczenia ..... min ..... godzina <input type="checkbox"/> po zakończeniu przetoczenia ..... min ..... godzin ..... dni	
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"/> afereza <input type="checkbox"/> ubogoleukocytarne <input type="checkbox"/> napromieniowane <input type="checkbox"/> inne.....	
Próba zgodności serologicznej wykonana w: ..... Wynik: .....			
Objawy kliniczne/Biologiczne oznaki reakcji niepożądaney*			
	przed	po	
ciepłota	.....	.....	<input type="checkbox"/> niepokój
RR	...	.....	<input type="checkbox"/> dreszcze
tętno	.....	.....	<input type="checkbox"/> świąd
niewydolność krążenia	.....	.....	<input type="checkbox"/> wysypka
hemoglobinuria	.....	.....	<input type="checkbox"/> zaczerwienienie
inne	.....	.....	<input type="checkbox"/> mdłości lub wymioty
			<input type="checkbox"/> niewydolność nerek
			<input type="checkbox"/> żółtaczka
			<input type="checkbox"/> inne .....
			<input type="checkbox"/> bóle w okolicy lędźwiowej
			<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 ..... LDH..... Haptoglobina ..... Gazometria: pO <sub>2</sub> ..... pCO <sub>2</sub> .....

					Płuca: osłuchowo ..... ..... ..... .....  RTG klatki piersiowej ..... ..... ..... ..... 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 <input type="checkbox"/> 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\*:

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 próbkę krwi:

.....

.....  
*(oznaczenie\*\*\* i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie)*

.....  
*(oznaczenie\*\*\* i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie)*

## WYPEŁNIA TYLKO CENTRUM KRWIODAWSTWA I KRWIOLECZNICTWA

Nazwa Centrum: .....

Ocena związku z przetoczeniem (przyczynowość)*	<input type="checkbox"/> trudno ocenić (TO) <input type="checkbox"/> wykluczona lub mało prawdopodobna (0) <input type="checkbox"/> możliwa (1) <input type="checkbox"/> prawdopodobna (2) <input type="checkbox"/> pewna (3)
--	---

Wnioski lub stwierdzone zespoły*	<input type="checkbox"/> hemoliza – niezgodność w ABO <input type="checkbox"/> hemoliza – obecność odpornościowych przeciwciał <input type="checkbox"/> poprzetoczeniowa skaza małopłytkowa <input type="checkbox"/> alergia <input type="checkbox"/> wstrząs anafilaktyczny <input type="checkbox"/> TRALI <input type="checkbox"/> duszność poprzetoczeniowa (TAD) <input type="checkbox"/> zakażenie: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ bakteryjne (<i>szczep</i>).....</li> <li>○ HIV</li> <li>○ HBV</li> <li>○ HCV</li> <li>○ CMV</li> </ul> <input type="checkbox"/> uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał <ul style="list-style-type: none"> <li>○ krwinek czerwonych.....</li> <li>○ HLA .....</li> <li>○ HPA .....</li> <li>○ granulocytów .....</li> <li>○ IgA</li> </ul> <input type="checkbox"/> inne <ul style="list-style-type: none"> <li>○ niehemolityczny odczyn gorączkowy</li> <li>○ choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy</li> <li>○ obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia)</li> <li>○ hemosyderoza</li> <li>○ inne niewyszczególnione</li> </ul>
Data wypełnienia:	Wypełnił: ..... <i>(oznaczenie*** i podpis wypełniającego)</i>

\* Właściwe zaznaczyć X lub wypełnić.

\*\* W przypadku osoby nieposiadającej 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.