

Effetti indesiderati sui riceventi

Rev.0.1 2022

DATI GENERALI (riservato al medico trasfusore che segnala la reazione)

Reparto _____ Paziente: _____

M F Data di nascita ___/___/_____ Cod. Paziente _____

Data segnalazione ___/___/_____ Data/ora evento ___/___/___/___

Sintomi (selezionare una o più voci)		
<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Febbre (aumento > di 2°C)	<input type="checkbox"/> Porpora
<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Iperkaliemia	<input type="checkbox"/> Prurito
<input type="checkbox"/> Cianosi	<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Reazione vasomotoria
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Ipocalcemia	<input type="checkbox"/> Sanguinamenti inspiegabili
<input type="checkbox"/> Dolore lombare	<input type="checkbox"/> Ipotensione	<input type="checkbox"/> Segni di CID
<input type="checkbox"/> Dolore toracico	<input type="checkbox"/> Ipotermia	<input type="checkbox"/> Shock
<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Ittero	<input type="checkbox"/> Tachicardia
<input type="checkbox"/> Ematuria	<input type="checkbox"/> Nausea vomito	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Emoglobinemia	<input type="checkbox"/> Oligo anuria	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Emoglobinuria	<input type="checkbox"/> Orticaria	_____

Gravità	Imputabilità	Persistenza
<input type="checkbox"/> Nessun sintomo (grado 0)	<input type="checkbox"/> Esclusa/improbabile	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro poche ore
<input type="checkbox"/> Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico) (grado 1)	<input type="checkbox"/> Possibile	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro pochi giorni
<input type="checkbox"/> Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico (grado 2)	<input type="checkbox"/> Probabile	<input type="checkbox"/> Risoluzione completa entro sei mesi
<input type="checkbox"/> Sintomatologia grave che richiede manovre rianimatorie (grado 3)	<input type="checkbox"/> Certa	<input type="checkbox"/> Persistenza della patologia entro i sei mesi
<input type="checkbox"/> Morte (grado 4)	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Non disponibile

Informazioni cliniche

Indicazione alla terapia trasfusionale

Condizioni preesistenti

Anemia emolitica autoimmune <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND	Precedente trasfusione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND
Gravidanza/IVG <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND	Piastrinopenia autoimmune <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND
Immunodepressione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND	Pregresse reazioni trasfusionali <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND
Anemia emolitica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND	
Numero gravidanze _____	

Altre informazioni cliniche/Anamnestiche rilevanti

--

Effetti indesiderati sui riceventi

Rev.0.1 2022

INFORMAZIONI TRASFUSIONE (riservato al medico trasfusore che segnala la reazione)

Data trasfusione __/__/__			Ora inizio __/__/__		Ora fine __/__/__		Durata trasfusione _____	
Trasfusione completata <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no								
Luogo della trasfusione								
<input type="checkbox"/> Reparto			<input type="checkbox"/> Sala operatoria			<input type="checkbox"/> Domicilio		
<input type="checkbox"/> Trasfusionale			<input type="checkbox"/> Day hospital					
<input type="checkbox"/> Emergenza/terapia intensiva			<input type="checkbox"/> Ambulatorio					

Unità coinvolte: <input type="checkbox"/> Omologhe <input type="checkbox"/> Autologhe			
		Codice Unità (CDM)	
<input type="checkbox"/> Eritrociti			
<input type="checkbox"/> Piastrine			
<input type="checkbox"/> Plasma			
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			

<input type="checkbox"/> Omogruppo	<input type="checkbox"/> Leucodepleto	<input type="checkbox"/> Da aferesi	<input type="checkbox"/> SD trattato
<input type="checkbox"/> Compatibile	<input type="checkbox"/> Plasmadepleto	<input type="checkbox"/> CMV negativo	<input type="checkbox"/> Quarantato
<input type="checkbox"/> Deprivato di BC	<input type="checkbox"/> piastrine da BC/PRP	<input type="checkbox"/> Irradiate	<input type="checkbox"/> Altro _____

Medico trasfusore che segnala la reazione (Timbro e firma): _____

Effetti indesiderati sui riceventi

Rev.0.1 2022

CONCLUSIONI DELLA VERIFICA SULLA REAZIONE TRASFUSIONALE (riservato al Servizio Trasfusionale)

REAZIONI TRASFUSIONALI

Emolisi immunologica

Reazione (selezionare una voce)	Errore trasfusionale	
	Tipo (selezionare una voce)	Luogo (selezionare una voce)
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica immediata	<input type="checkbox"/> Distribuzione emocomponenti scaduto	<input type="checkbox"/> Reparto
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica acuta da ABO	<input type="checkbox"/> Emocomponente errato	<input type="checkbox"/> Emergenza / Terapia intensiva
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica acuta da Rh	<input type="checkbox"/> Errata etichettatura sulla provetta	<input type="checkbox"/> Day-Hospital
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica acuta da altri sistemi gruppo ematici	<input type="checkbox"/> Errata etichettatura sacca	<input type="checkbox"/> Domicilio
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica ritardata	<input type="checkbox"/> Errore di determinazione del gruppo sul donatore	<input type="checkbox"/> Trasfusionale
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica ritardata da ABO	<input type="checkbox"/> Non corretto deflussore	<input type="checkbox"/> Sala operatoria
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica ritardata da Rh	<input type="checkbox"/> Paziente errato	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica ritardata da altri sistemi gruppo ematici	<input type="checkbox"/> Errore laboratorio paziente	
	<input type="checkbox"/> Trasfusione emocomponenti scaduto	
	<input type="checkbox"/> Utilizzo di unità non destinata al paziente	
	<input type="checkbox"/> Prelievo paziente errato	
	<input type="checkbox"/> Altro _____	

Emolisi non immunologica

Causa	Analisi delle cause
<input type="checkbox"/> Chimica	
<input type="checkbox"/> Fisica	
<input type="checkbox"/> Meccanica	

Rev.0.1 2022

Infezione acuta trasmessa con la trasfusione

Tipo di infezione	Test pretrasfusionali	Analisi delle cause
<input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV)	HIV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguito	
<input type="checkbox"/> Epatite B (HBV)	HBV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguito	
<input type="checkbox"/> Epatite C (HCV)	HCV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguito	
<input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV)	CMV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguito	
<input type="checkbox"/> Malaria		
<input type="checkbox"/> Sifilide (Lue)		
<input type="checkbox"/> Toxoplasmosi		
<input type="checkbox"/> Virus di Epstein Barr (EBV)		
<input type="checkbox"/> Altre infezioni batteriche (specificare) _____		
<input type="checkbox"/> Altre infezioni parassitarie (specificare) _____		
<input type="checkbox"/> Altre infezioni virali (specificare) _____		

Altre reazioni trasfusionali

Altre reazioni trasfusionali		Analisi delle cause
<input type="checkbox"/> Allo immunizzazione	<input type="checkbox"/> Ipocalcemia	
<input type="checkbox"/> Anafilassi	<input type="checkbox"/> Ipotensione	
<input type="checkbox"/> Anemia emolitica autoimmune	<input type="checkbox"/> Ipotermia	
<input type="checkbox"/> Dispnea associata alla trasfusione	<input type="checkbox"/> Manifestazioni allergiche	
<input type="checkbox"/> Edema polmonare non cardiogeno (TRALI)	<input type="checkbox"/> Porpora post trasfusionale	
<input type="checkbox"/> Emosiderosi post trasfusionale	<input type="checkbox"/> Reazione febbrile non emolitica	
<input type="checkbox"/> Graft versus Host Disease (GvHD)	<input type="checkbox"/> Shock anafilattico	
<input type="checkbox"/> Inefficacia trasfusionale	<input type="checkbox"/> Sovraccarico circolatorio (TACO)	
<input type="checkbox"/> Iperkaliemia	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____	
<input type="checkbox"/> Iperensione		

NOTA: i codici 3 e 4 vanno notificati su SISTRA

Data _____

Medico del Servizio Trasfusionale (Timbro e firma) _____