

EMOVIGILANZA - LA TRASMISSIONE DI QUESTI DATI E' OBBLIGO DI LEGGE (DM 21/12/2007)

NESSUNA REAZIONE TRASFUSIONALE (RESTITUIRE AL SERVIZIO TRASFUSIONALE DALLE 8,00 ALLE 14,00)

SEGNALAZIONE DI REAZIONI TRASFUSIONALI INDESIDERATE

(DA INVIARE **SUBITO** AL SERVIZIO TRASFUSIONALE SEGUENDO LE ISTRUZIONI DELLA PAGINA POSTERIORE)

Unità 1 reazione trasfusionale

Unità 2 reazione trasfusionale

Unità 3 reazione trasfusionale

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

Indicazione Terapia Trasfusionale _____

Note _____

Condizioni pre-esistenti	Sì	No	ND
Gravidanza/IVG	n. ___		
Precedente trasfusione			
Pregresse reazioni trasfusionali			
Immunodepressione			
Anemia emolitica autoimmune			
Piastrinopenia autoimmune			

Altre informazioni clinico-anamnestiche rilevanti:

Data Trasfusione _____ **ora inizio** _____

ora fine _____ **Trasfusione Completata:** Sì No

Luogo trasfusione: _____

Gravità	Persistenza	Imputabilità
<input type="checkbox"/> Nessun sintomo	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro poche ore	<input type="checkbox"/> Non valutabile
<input type="checkbox"/> Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico)	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro pochi giorni	<input type="checkbox"/> Esclusa/ Improbabile
<input type="checkbox"/> Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico	<input type="checkbox"/> Risoluzione completa entro 6 mesi	<input type="checkbox"/> Possibile
<input type="checkbox"/> Sintomatologia grave che richiede procedure rianimatorie	<input type="checkbox"/> Persistenza della patologia entro i 6 mesi	<input type="checkbox"/> Probabile
<input type="checkbox"/> Morte	<input type="checkbox"/> Non disponibile	<input type="checkbox"/> Certa

Data _____

Firma del medico _____

A CURA DEL SERVIZIO DI MEDICINA TRASFUSIONALE
UNITA' TRASFUSE (etichette)

UNITA' 1 (compilare solo se l'unità 1 è stata causa di reazione trasfusionale)			
Compatibilità <input type="checkbox"/> Omogrupo <input type="checkbox"/> AB0 compatibile <input type="checkbox"/> AB0 non compatibile	Irradiazione <input type="checkbox"/> Irradiata <input type="checkbox"/> Non irradiata	Inattivazione virale <input type="checkbox"/> Quarantena <input type="checkbox"/> Riboflavina <input type="checkbox"/> Non trattata	Lavata <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
UNITA' 2 (compilare solo se l'unità 2 è stata causa di reazione trasfusionale)			
Compatibilità <input type="checkbox"/> Omogrupo <input type="checkbox"/> AB0 compatibile <input type="checkbox"/> AB0 non compatibile	Irradiazione <input type="checkbox"/> Irradiata <input type="checkbox"/> Non irradiata	Inattivazione virale <input type="checkbox"/> Quarantena <input type="checkbox"/> Riboflavina <input type="checkbox"/> Non trattata	Lavata <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
UNITA' 3 (compilare solo se l'unità 3 è stata causa di reazione trasfusionale)			
Compatibilità <input type="checkbox"/> Omogrupo <input type="checkbox"/> AB0 compatibile <input type="checkbox"/> AB0 non compatibile	Irradiazione <input type="checkbox"/> Irradiata <input type="checkbox"/> Non irradiata	Inattivazione virale <input type="checkbox"/> Quarantena <input type="checkbox"/> Riboflavina <input type="checkbox"/> Non trattata	Lavata <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



ISTRUZIONI OPERATIVE IN CASO DI REAZIONE TRASFUSIONALE

A CURA DEL REPARTO

- interrompere la trasfusione
- verificare la congruenza dei dati paziente/unità assegnata
- se possibile non trasfondere altro fino alla fine delle indagini
- allertare il SIMT (tel. 1863) ed inviare tempestivamente:
 - questo modulo segnalazione avvenuta reazione compilato come richiesto
 - residuo sacca
 - nuovo campione di sangue del paziente (*due provette in EDTA*)
 - in caso di reazione febbrile (aumento > 2°C) richiedere emocoltura
- inviare al lab. Analisi richiesta per: bilirubina, creatinina, LDH, Aptoglobina, es. urine

A CURA DEL SERVIZIO DI MEDICINA TRASFUSIONALE

Esami sul residuo sacca (controllare se presente emolisi):

- Gruppo sanguigno: _____
- TCD: _____
- Emocoltura: _____

Esami sul campione del paziente post-trasfusione (controllare se presente emolisi):

- Gruppo sanguigno: _____
- Prova di compatibilità: _____ (con entrambi i campioni sacca)
- Test di Coombs Indiretto: _____
- Test di Coombs Diretto: _____

Esami sul campione del paziente pre-trasfusione:

- Gruppo sanguigno: _____
- Prova di compatibilità: _____ (con entrambi i campioni sacca)
- Test di Coombs Indiretto: _____
- Test di Coombs Diretto: _____

Data _____

Firma del Tecnico _____

Firma del Medico _____

Conclusioni: _____
