

(da restituire al SIT alla rilevazione dell'evento)

Paziente _____ data di nascita ____/____/____ sesso [F] [M]

U.O. _____

Comunicazione con Il Servizio Trasfusionale

Avvisato il Dr. _____ in servizio presso il SIMT di Alba il __/__/__ alle ore _____

Inviato al Servizio Trasfusionale l'emocomponente e le provette richieste il __/__/__ alle ore _____

Luogo della trasfusione

<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> Ostetricia e ginecologia	<input type="checkbox"/> DH
<input type="checkbox"/> Sala operatoria	<input type="checkbox"/> Reparto medico	<input type="checkbox"/> Domicilio
<input type="checkbox"/> Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> pediatria	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Reparto chirurgico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Servizio Trasfusionale

Anamnesi

Gravidanza / IVG	[SI] [NO]	Immunodepressione	[SI] [NO]
Pregresse trasfusioni	[SI] [NO]	Anemia emolitica Autoimmune	[SI] [NO]
Pregresse reazioni trasfusionali	[SI] [NO]	Piastrinopenia autoimmune	[SI] [NO]

Indicazione alla terapia trasfusionale

--

Unità coinvolte

omologhe

autologhe

Codice Unità	Data trasfusione	Eritrociti	piastrine	plasma	Plasma inattivato	Unità filtrata	Unità irradiata	Unità lavata

Parametri vitali paziente pre-trasfusione PAOS : _____ Temperatura corporea _____ °C

Tempo di insorgenza

<input type="checkbox"/> Durante _____ <input type="checkbox"/> Al termine _____ <input type="checkbox"/> Ore dopo _____ <input type="checkbox"/> Giorni dopo _____	<input type="checkbox"/> Antigeni eritrocitari _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Fattori della coagulazione _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
	<input type="checkbox"/> Antigeni leucocitari _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Antigeni plasmatici _____ <input type="checkbox"/> _____

Gravità

Persistenza

Relazione con la trasfusione

<input type="checkbox"/> 0 Nessun sintomo <input type="checkbox"/> 1 Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico) <input type="checkbox"/> 2 Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico <input type="checkbox"/> 3 Sintomatologia grave che richiede procedure rianimatorie <input type="checkbox"/> 4 morte	<input type="checkbox"/> 0 Risoluzione entro poche ore <input type="checkbox"/> 1 Risoluzione entro pochi giorni <input type="checkbox"/> 2 Risoluzione completa entro 6 mesi <input type="checkbox"/> 3 Persistenza della patologia oltre i 6 mesi	<input type="checkbox"/> 0 Nessuna relazione <input type="checkbox"/> 1 Relazione possibile <input type="checkbox"/> 2 Relazione probabile <input type="checkbox"/> 3 Relazione accertata
---	--	--

Sintomi della reazione trasfusionale

<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Oligo anuria
<input type="checkbox"/> Orticaria	<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Ematuria
<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Cianosi	<input type="checkbox"/> Dolore lombare
<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Cefalea
<input type="checkbox"/> Febbre (aumento > 2°C)	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Sanguinamenti inspiegabili
<input type="checkbox"/> Reazione vasomotoria	<input type="checkbox"/> Dolore toracico	<input type="checkbox"/> Porpora
<input type="checkbox"/> Ipotensione	<input type="checkbox"/> ittero	<input type="checkbox"/> Segni di CID
<input type="checkbox"/> Tachicardia	<input type="checkbox"/> Nausea vomito	<input type="checkbox"/> Altro _____

Descrizione sintetica del quadro clinico al manifestarsi della reazione**Infezioni post trasfusionali**

Infezione batterica o protozoaria		Infezioni virali post trasfusionali		Test pretrasfusionali del paziente	
Infezione batterica	[SI] [NO]	Positività per HIV	[SI] [NO]	Sierologia HIV eseguita	[SI] [NO]
Emocoltura eseguita	[SI] [NO]	Positività per HCV	[SI] [NO]	Sierologia HCV eseguita	[SI] [NO]
Microrganismo _____		Positività per HBV	[SI] [NO]	Sierologia HBV eseguita	[SI] [NO]
Colturale della sacca eseguita	[SI] [NO]	Positività per CMV	[SI] [NO]	Sierologia CMV eseguita	[SI] [NO]
Microrganismo _____		Altri virus _____	[SI] [NO]		
Sifilide	[SI] [NO]	Altri virus _____	[SI] [NO]		
Malaria	[SI] [NO]				
Altri protozoi _____	[SI] [NO]				

Trattamenti in reparto (terapia somministrata pre e post)**Evento avverso attribuibile ai materiali della trasfusione**

Sospetto di materiali difettosi	
Sacca dell'unità [si] [no]	Note _____
Set di infusione [si] [no]	Note _____

Data segnalazione ____/____/____

Firma del medico segnalatore _____

Al Servizio Trasfusionale

INVIARE al SIMT N. 1 PROVETTA DA COMPATIBILITA' (tappo viola lunga) per ESECUZIONE CONTROLLI IMMUNOEMATOLOGICI UNITAMENTE ALLA SACCA TRASFUSA