

pieczęćka / dane jednostki zlecającej	data i godzina przyjęcia próbki krwi w PBK  oznaczenie i podpis osoby przyjmującej	nr badania w PBK
---------------------------------------	--	------------------

## ZGŁOSZENIE NIEPOŻĄDANEJ REAKCJI POPRZETOCZENIOWEJ LUB ZDARZENIA

do Pracowni Badań Konsultacyjnych

Dział Laboratoryjny Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie  
20-078 Lublin, ul. Żołnierzy Niepodległej 8, tel. 81 53 262 75 w.103 ; tel/fax 81 44 210 46

Tryb wykonania badania\*:    **NORMALNY**     **PILNY**

### DANE PACJENTA

nazwisko i imię pacjenta		płeć * <b>kobieta</b> <input type="checkbox"/> <b>mężczyzna</b> <input type="checkbox"/> jeżeli pacjent NN-nr księgi głównej lub niepowtarzalny numer identyfikacyjny
data urodzenia	Numer PESEL	lub nazwa i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

Numer historii choroby.....

Przetoczenie	Gdzie	<input type="checkbox"/> sala operacyjna <input type="checkbox"/> OAiT <input type="checkbox"/> oddział..... <input type="checkbox"/> inne.....
	Kiedy	<input type="checkbox"/> godzinach pracy regulaminowej <input type="checkbox"/> dyżur <input type="checkbox"/> sobota i święto ( <i>dzień wolny od pracy</i> )
Rozpoznanie..... Hb.....( <i>przed przetoczeniem</i> ) Hb.....( <i>po przetoczeniu</i> ) Liczba płytek..... ( <i>przed przetoczeniem</i> ) Liczba płytek.....( <i>po przetoczeniu</i> )		<b>Grupa krwi pacjenta</b> .....  <b>Przeciwciała</b> .....
Data i godzina rozpoczęcia przetoczenia:  ..... godz. ....		Grupa krwi..... przetoczona objętość .....ml Numer donacji ( <i>składnika krwi</i> )..... Data pobrania ..... data ważności .....
Data i godzina zakończenia przetoczenia:  ..... godz. ....		Czas wystąpienia reakcji: <input type="checkbox"/> podczas przetoczenia.....min.....godzina  <input type="checkbox"/> po zakończeniu przetoczenia.....min.....godzina
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 pełnej krwi <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 powikłania					
	przed	po	<input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> dreszcze <input type="checkbox"/> świąd <input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> zaczerwienienie <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 łędźwiowej <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 transfuzją: <input type="checkbox"/> ciężki <input type="checkbox"/> dość dobry operacja: <input type="checkbox"/> tak, kiedy..... <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> inne .....		
Przetoczono nieprawidłowy składnik <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Gdzie wystąpił błąd .....					
<i>(np. próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik itp.)</i>					
Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Podać nazwę i ilość składnika krwi i datę ostatniego przetoczenia .....					
Czy podczas poprzednich transfuzji obserwowano niepożądane reakcje <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi lub jej składnika, numer donacji ( <i>składnika krwi</i> ) ....., 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 .....					
<i>(Oznaczenie i podpis lekarza zgłaszającego niepożądaną reakcję lub niepożądane zdarzenie)</i>			<i>(Oznaczenie i podpis lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie)</i>		
Data i godzina pobrania próbki krwi do badań immunohematologicznych ..... godz. ....			Oznaczenie i podpis osoby pobierającej próbkę krwi do badań immunohematologicznych .....		

\*właściwe zaznaczyć X

**PROSIMY ZLECENIE WYPEŁNIAĆ CZYTELNIE**

## WYPEŁNIA TYLKO CENTRUM KRWIODASTWA I KRWIOLECZNICTWA

Nazwa Centrum:     Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie

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: o bakteryjne (szczep)..... o HIV o HBS o HCV o CMV <input type="checkbox"/> uodpornienie antygenami, swoistość przeciwciał o krwinek czerwonych ..... o HLA ..... o HPA ..... o granulocytów ..... o IgA <input type="checkbox"/> inne o niehemolityczny odczyn gorączkowy o choroba potransfuzyjna przeszczep przeciwko biorcy o obrzęk płuc (niewydolność krążenia, przeciążenie krążenia) o hemosteroza o inne niewyszczególnione
------------------------------------	--

Data wypełnienia:	Wypełnił:  ..... <i>(Oznaczenie i podpis wypełniającego)</i>
-------------------	---