

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Transfuzní oddělení, Šrobárova 50, 100 34 Praha 10, budova Y
Tel.: 267162653 267163042, fax 267162654, email:krevnisklad@fnkv.cz

Zpráva o nežádoucí reakci po transfuzi

Spolu s vyplněným formulářem zašlete vak(y) se zbytkem TP a vzorek nesražené krve odebraný po transfuzi

Jméno a příjmení		Pojišťovna			
Identifikační číslo		Diagnóza			
		Indikace k transfuzi			
Oddělení					
Lékař					
Odbornost					
IČP					
Předtransfúzní anamnéza					
<input type="checkbox"/> předchozí transfúze		<input type="checkbox"/> antileukocytární protilátky			
<input type="checkbox"/> potransfúzní reakce (jaká)		<input type="checkbox"/> IgA deficit			
<input type="checkbox"/> porody, potraty		<input type="checkbox"/> alergie			
<input type="checkbox"/> antierytrocytární protilátky (jaké)					
Aplikované transfúzní přípravky (uveďte všechny bezprostředně po sobě podané přípravky, které předcházely reakci)					
Typ TP	Číslo TP	Krevní skupina	Množství (ml)	Datum/čas aplikace	Odesíláme vak se zbytkem přípravku
					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
					<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Nežádoucí příznaky a nálezy po transfúzi					
<u>Subjektivní:</u>		<u>Objektivní:</u>			
bolest - <input type="checkbox"/> břicha <input type="checkbox"/> hlavy <input type="checkbox"/> na hrudi		<input type="checkbox"/> angioedém		<input type="checkbox"/> chraptění, sípání, stridor	
<input type="checkbox"/> v místě vpich <input type="checkbox"/> zad		<input type="checkbox"/> arytmie <input type="checkbox"/> tachykardie		<input type="checkbox"/> ikterus	
<input type="checkbox"/> dušnost		<input type="checkbox"/> bezvědomí		<input type="checkbox"/> kašel	
<input type="checkbox"/> ortopnoe		<input type="checkbox"/> bronchospasmus <input type="checkbox"/> tachypnoe		<input type="checkbox"/> kolaps <input type="checkbox"/> šok	
<input type="checkbox"/> nauzea, zvracení		<input type="checkbox"/> cyanóza		<input type="checkbox"/> kopřivka, vyrážka	
<input type="checkbox"/> nevolnost		<input type="checkbox"/> DIC		<input type="checkbox"/> otok dolních končetin	
<input type="checkbox"/> pocení		<input type="checkbox"/> zrudnutí, erytém		<input type="checkbox"/> plicní edém	
<input type="checkbox"/> svědění kůže		<input type="checkbox"/> hemoglobinurie <input type="checkbox"/> oligurie		<input type="checkbox"/> průjem	
<input type="checkbox"/> úzkost		<input type="checkbox"/> horečka (teplota 38°C)		<input type="checkbox"/> purpura, krvácení po transfúzi	
<input type="checkbox"/> pocit závratě		<input type="checkbox"/> hypotenze (snížení TK o ≥ 30 mmHg)		<input type="checkbox"/> renální selhání	
<input type="checkbox"/> zimnice, třesavka		<input type="checkbox"/> hypertenze		<input type="checkbox"/> zástava srdce	
<input type="checkbox"/> jiné		<input type="checkbox"/> hypoxie		<input type="checkbox"/> zvýšená náplň krčních žil	
				<input type="checkbox"/> jiný	
Nežádoucí reakce začátek:		konec:		(datum/hodina)	
Průběh a léčba:					
Výskyt nežádoucí reakce: <input type="checkbox"/> opakující se <input type="checkbox"/> neopakující se <input type="checkbox"/> neznámo					
Úmrtí <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		Příčina smrti:		Pitva <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Klasifikace potransfúzní reakce (určí ošetřující lékař hned, nebo po kompletním došetření!)					
<input type="checkbox"/> alergická <input type="checkbox"/> anafylaktická <input type="checkbox"/> febrilní <input type="checkbox"/> hemolytická <input type="checkbox"/> plicní <input type="checkbox"/> septická <input type="checkbox"/> jiná					
Klinický stupeň reakce					
<input type="checkbox"/> lehká (odezví po zastavení transfúze a jednoduché léčbě)					
<input type="checkbox"/> těžká (nezamýšlená odezva příjemce související s transfúzí transfúzního přípravku, která má za následek smrt, ohrožení života nebo poškození zdraví či omezení schopností pacienta nebo která zapříčiní hospitalizaci či onemocnění nebo jejich prodloužení)					
Datum hlášení:					
Jmenovka a podpis lékaře			Razítko zařízení		