

## Emovigilanza: Scheda di rilevazione eventi avversi alla trasfusione (da restituire al Servizio Trasfusionale alla rilevazione dell'evento)

Paziente \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sesso [F] [M]

U.O. \_\_\_\_\_ Tel. U.O. \_\_\_\_\_

### Comunicazione con il Servizio Trasfusionale

Avvisato il Dr. \_\_\_\_\_ in servizio presso il SIMT il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Inviato al Servizio Trasfusionale l'emocomponente e le provette richieste il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

### Struttura in cui è stata somministrata la trasfusione

Specificare Reparto, Servizio o se a Domicilio: \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

### 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	<input type="checkbox"/> omologhe			<input type="checkbox"/> autologhe				
	Data trasfusione	Eritrociti	Piastrine	Plasma	Plasma inattivato	Unità filtrata	Unità irradiata	Unità lavata
Codice Unità								

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

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

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

**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 _____

**Inviare copia dei referti degli esami eseguiti al Servizio trasfusionale**

**Descrizione sintetica del quadro clinico al manifestarsi della reazione**

**Trattamenti in reparto (terapia somministrata pre e post reazione)**

**REAZIONE RISOLTA?**      SI     NO       **TEMPO DI RISOLUZIONE** \_\_\_\_\_

**ACCERTAMENTI ESEGUITI**

Esami		Data e ora esecuzione	Esito
EMOCOLTURA	[SI]    [NO]		
BILIRUBINA TOTALE	[SI]    [NO]		
BILIRUBINA DIRETTA	[SI]    [NO]		
LDH	[SI]    [NO]		
APTOGLOBINA	[SI]    [NO]		
ESAME URINE	[SI]    [NO]		
VALORI SATURIMETRO	[SI]    [NO]		
EGA	[SI]    [NO]		
RX TORACE	[SI]    [NO]		
TRIPTASE	[SI]    [NO]		
NT-proBNP	[SI]    [NO]		

**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 N. 1 PROVETTA DA COMPATIBILITÀ (tappo viola lunga) per ESECUZIONE CONTROLLI IMMUNOEMATOLOGICI UNITAMENTE ALLA SACCA TRASFUSA, se richiesto dal DIRIGENTE in TURNO.**