

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