

Emovigilanza: Scheda di rilevazione eventi avversi alla trasfusione

(da restituire al SIMT 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

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 _____	Antigeni eritrocitari <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ Antigeni leucocitari <input type="checkbox"/> _____	Fattori della coagulazione <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <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
---	--	--

**IDENTIFICAZIONE E NOTIFICA DELLE REAZIONI
ED EVENTI AVVERSI ALLA TRASFUSIONE**

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 i 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 RISOLTA ? SI NO **TEMPO DI RISOLUZIONE** _____

ACCERTAMENTI ESEGUITI

Esami	Data ed 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 al SIMT N. 1 PROVETTA DA COMPATIBILITA' (tappo viola lunga) per ESECUZIONE CONTROLLI IMMUNOEMATOLOGICI UNITAMENTE ALLA SACCA TRASFUSA, se richiesto dal DIRIGENTE in TURNO.