



Presidio ospedaliero.....  
 UOC .....

**Scheda notifica reazioni trasfusionali indesiderate gravi**

Reparto notificante: \_\_\_\_\_  
 Data segnalazione \_\_\_\_\_ Data/ora evento \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_  
 Codice paziente \_\_\_\_\_  
 Iniziali: Nome \_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_ Data Nascita \_\_\_\_\_ Sesso: M F

Sintomi (selezionare una o più voci)			
<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Cianosi	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Dolore lombare	<input type="checkbox"/> Dolore toracico	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Ematuria
<input type="checkbox"/> Emoglobinemia	<input type="checkbox"/> Emoglobinuria	<input type="checkbox"/> Febbre (aum.>2°C)	<input type="checkbox"/> Iperkaliemia
<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Ipocalcemia	<input type="checkbox"/> Ipotensione	<input type="checkbox"/> Ipotermia
<input type="checkbox"/> Ittero	<input type="checkbox"/> Nausea vomito	<input type="checkbox"/> Oligo anuria	<input type="checkbox"/> Orticaria
<input type="checkbox"/> Porpora	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Reazione Vasomotoria	<input type="checkbox"/> Sanguinamenti inspiegabili
<input type="checkbox"/> Segni di CID	<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Tachicardia	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Altro.....			

Indicazione Terapia Trasfusionale.....  
 Note.....

Condizioni pre-esistenti	Si	No	ND	
Gravidanza/IVG				n. gravidanze:.....
Precedente trasfusione				
Precedenti reazioni trasfusionali				
Immunodepressione				
Anemia emolitica autoimmune				
Piastrinopenia autoimmune				

Altre informazioni cliniche/anamnestiche rilevanti:.....  
 Data trasfusione..... ora inizio .... / .... ora fine .... / ....  
 Trasfusione Completata **SI NO** Luogo della trasfusione:.....

Unità trasfuse	Omologa/Autologa	Emocomponente

Gravità	Persistenza	Imputabilità
<input type="checkbox"/> Nessun sintomo	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro poche ore	<input type="checkbox"/> Non valutabile
<input type="checkbox"/> Sintomatologie lievi (nessun intervento terapeutico)	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro pochi giorni	<input type="checkbox"/> Esclusa/Improbabile
<input type="checkbox"/> Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico	<input type="checkbox"/> Risoluzione completa entro 6 mesi	<input type="checkbox"/> Possibile
<input type="checkbox"/> Sintomatologia grave che richiede procedure rianimatorie	<input type="checkbox"/> Persistenza della patologia entro i 6 mesi	<input type="checkbox"/> Probabile
<input type="checkbox"/> Morte	<input type="checkbox"/> Non disponibile	<input type="checkbox"/> Certa

Ulteriori osservazioni/Ipotesi diagnostica:.....  
 .....  
 .....