

ПРИЛОГ 1.

ОБАВЕШТЕЊЕ О СУМЊИ НА ОЗБИЉНУ НЕЖЕЉЕНУ РЕАКЦИЈУ

ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ				Број протокола		
Име и презиме, ЈМБГ	Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	Год. рођења	Дијагноза	Крвна група	Претходне трудноће <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	Претходне трансфузије <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ
ПОДАЦИ О КОМПОНЕНТИ КРВИ						
Овлашћена трансфузијска установа	Број компоненте крви	АБО/Рх крвна група	Додатна обрада Установа			
<input type="checkbox"/> цела крв			<input type="checkbox"/> смањени број леукоцита (филтрирани)			
<input type="checkbox"/> конц. еритроцита			<input type="checkbox"/> испрана компонента крви			
<input type="checkbox"/> конц. тромбоцита, поол			<input type="checkbox"/> у малом волумену плазме			
<input type="checkbox"/> конц. тромбоцита, афереза			<input type="checkbox"/> озрачен			
<input type="checkbox"/> свеже замрзнута плазма			Број трансфундованих доза			
<input type="checkbox"/> остало			<input type="checkbox"/> један <input type="checkbox"/> више (колико?)			
ПОДАЦИ О РЕАКЦИЈИ						
Симптоми/знаци		Реакција се јавила		Исход реакције		
<input type="checkbox"/> пораст темп. (>1°C) <input type="checkbox"/> језа <input type="checkbox"/> дрхтавица <input type="checkbox"/> пораст притиска <input type="checkbox"/> пад притиска <input type="checkbox"/> тахикардија <input type="checkbox"/> брадикардија <input type="checkbox"/> бол <input type="checkbox"/> мучнина <input type="checkbox"/> повраћање <input type="checkbox"/> пролив <input type="checkbox"/> отежано дисање <input type="checkbox"/> шок <input type="checkbox"/> осип		<input type="checkbox"/> дуж вене <input type="checkbox"/> у леђима <input type="checkbox"/> у грудима <input type="checkbox"/> у трбуху <input type="checkbox"/> главобоља <input type="checkbox"/> свраб		<input type="checkbox"/> опоравак <input type="checkbox"/> трајна последица <input type="checkbox"/> смрт <input type="checkbox"/> реакција у току (накнадно јавити исход) <input type="checkbox"/> непознато		
		Датум _____ <input type="checkbox"/> у току трансфузије <input type="checkbox"/> након < 2 сата <input type="checkbox"/> након 2–7 сати <input type="checkbox"/> након 8–24 сата <input type="checkbox"/> након (колико) дана <input type="checkbox"/> након (колико) месеци <input type="checkbox"/> након (колико) година		Ниво сумње повезаности реакције са трансфузијом <input type="checkbox"/> НЕ, нема података <input type="checkbox"/> 0 искључено или није вероватно <input type="checkbox"/> 1 могуће <input type="checkbox"/> 2 вероватно <input type="checkbox"/> 3 сигурно		
		Лечење реакције <input type="checkbox"/> антипиретик <input type="checkbox"/> антихистаминик <input type="checkbox"/> кортикостероид <input type="checkbox"/> адреналин <input type="checkbox"/> диуретик <input type="checkbox"/> остало		Да ли је реакцију изазвала трансфузија погрешне компоненте крви? ДА НЕ		
		Ако да, навести где се у процесу догодила грешка:				

<input type="checkbox"/> жутица <input type="checkbox"/> хемоглобинурија/таман урин <input type="checkbox"/> застој бубрега	ОПИС РЕАКЦИЈЕ/остали важни клинички подаци:				
Испитивање узрока реакције	Резултати				
Имунохематолошко испитивање <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	<input type="checkbox"/> АБО неподударност <input type="checkbox"/> поз ДАТ <input type="checkbox"/> поз ИАТ(навести специф.ат )				
Остало (навести врсту испитивања и резултат)					
Врста реакције (опис реакција на полеђини извештаја)					
<input type="checkbox"/> алергијска	<input type="checkbox"/> анафилактоидна	<input type="checkbox"/> анафил.шок	<input type="checkbox"/> ТРАЛИ	<input type="checkbox"/> ППП	<input type="checkbox"/> ТАГВХД
<input type="checkbox"/> ХБВ	<input type="checkbox"/> ХЦВ	<input type="checkbox"/> ХИВ	<input type="checkbox"/> остало		
Имунизација на:			<input type="checkbox"/> перитроцитне антигене	<input type="checkbox"/> ИгА	<input type="checkbox"/> ХЈА <input type="checkbox"/> ХПА <input type="checkbox"/> ХНА

Име и презиме лица које је пријавило реакцију:	
Име и презиме трансфузиолога који је евалуирао реакцију:	
Установа, адреса, телефон	

Датум: \_\_\_\_\_

Потпис задуженог трансфузиолога

\_\_\_\_\_

Потпис болничке трансфузијске комисије

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_