

## CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

### Questionario: Aloinmunización

#### Datos del paciente

Fecha de nacimiento:  Sexo: Hombre  Mujer

Servicio hospitalario:

#### Antecedentes:

Transfusiones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Cirugía	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Embarazos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Inmunodepresión	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Reacción transfusional previa	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	Tipo de reacción: <input type="text"/>

#### Datos del componente

Tipo: Hematíes

##### Indicaciones

Anemia aguda por hemorragia	<input type="checkbox"/>
Anemia aguda por otras causas	<input type="checkbox"/>
Anemia crónica	<input type="checkbox"/>
Anemia perioperatoria	<input type="checkbox"/>
Anemia y cardiopatía	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica autoinmune	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica congénita	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica otras causas	<input type="checkbox"/>
Anemia del prematuro	<input type="checkbox"/>
Otras causas	<input type="checkbox"/>

##### Características

Sangre total	<input type="checkbox"/>	Irradiado	<input type="checkbox"/>
Leucorreducidos	<input type="checkbox"/>	Lavado	<input type="checkbox"/>
Exanguinotransfusión	<input type="checkbox"/>	Eritroaféresis	<input type="checkbox"/>
Uso neonatal	<input type="checkbox"/>	Transfusión intrauterina	<input type="checkbox"/>

##### Identificación

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de extracción:

Plaquetas

##### Indicaciones

Trombocitopenia. Profilaxis de sangrado	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia. Hemorragia	<input type="checkbox"/>

- Trombocitopenia. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria congénita. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria adquirida. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis procedimiento invasivo

*Características*

- |                 |                          |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Irradiado       | <input type="checkbox"/> | Leucorreducido  | <input type="checkbox"/> |
| Pool            | <input type="checkbox"/> | Tromboaféresis  | <input type="checkbox"/> |
| HLA compatibles | <input type="checkbox"/> | HPA compatibles | <input type="checkbox"/> |
| Uso neonatal    | <input type="checkbox"/> | Inactivados     | <input type="checkbox"/> |

*Identificación*

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de la extracción:

**Plasma**

*Indicaciones*

- Hemorragia aguda con coagulopatía por consumo
- Hemorragia aguda con coagulopatía por anticoagulante
- Hemorragia aguda con coagulopatía por enfermedad hepática
- Hemorragia aguda con coagulopatía de otras causas
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por anticoagulantes
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por enfermedad hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía de otras causas
- Coagulación intravascular diseminada
- Recambio plasmático terapéutico
- Deficiencia aislada de factor de la coagulación
- Otros motivos

*Características*

- Azul metileno  Cuarentenado

*Identificación*

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de la extracción:

**Granulocitos**

*Indicaciones*

- Neutropenia asociada a infección
- Disfunción de los neutrófilos asociada a infección
- Otras

*Características*

Buffy  Leucorreducido

*Identificación*

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de la extracción:

Otros

*Identificación*

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de la extracción:

Procedencia de la donación: Alogénica  Autóloga

**Datos de la Transfusión**

Fecha de la Transfusión:  Hora Transfusión:

Prioridad

Rutina  Emergencia  Desconocida

Localización

Urgencias  Planta  Quirófano  UVI   
Hospital de día  Hospitalización a domicilio  Otros

Servicio solicitante

Cardiología <input type="checkbox"/>	Cirugía Gral. y Digestiva <input type="checkbox"/>	Digestivo <input type="checkbox"/>
Ginecología-Obstetricia <input type="checkbox"/>	Hematología Clínica <input type="checkbox"/>	Medicina Intensiva <input type="checkbox"/>
Medicina Interna <input type="checkbox"/>	Nefrología <input type="checkbox"/>	Oncología Médica <input type="checkbox"/>
Pediatría <input type="checkbox"/>	Traumatología y C. Ortopédica <input type="checkbox"/>	Urgencias <input type="checkbox"/>
Urología <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

**Momento del incidente**

Durante la transfusión

Después de la transfusión  Especificar tiempo  Minutos  Horas  Días  Meses

## Estudio de la reacción

Anticuerpo detectado:

- Anti-D
- Anti-C
- Anti-E
- Anti-c
- Anti-e
- Anti-K
- Anti-k
- Anti-Jka
- Anti-Jkb
- Anti-Fyc
- Anti-Fyb
- Anti-S
- Anti-P
- Otro:

Otro anticuerpo / comentarios:

### Cuantificación de la gravedad

Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa	1 <input type="radio"/>
Signos inmediatos con riesgo	2 <input type="radio"/>
Morbilidad a largo plazo	3 <input type="radio"/>
Muerte del paciente	4 <input type="radio"/>

### Imputabilidad

No relación (aparentemente asociado a transfusión, con evidencia de que el componente no es la causa)	0 <input type="radio"/>
Posible (podría estar relacionado o no a una causa no transfusional)	1 <input type="radio"/>
Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras)	2 <input type="radio"/>
Seguro (demostrada su relación con la transfusión)	3 <input type="radio"/>