

CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

Questionario: Hemosiderosis postransfusional

Datos del paciente

Fecha de nacimiento: Sexo: Hombre Mujer

Servicio hospitalario:

Antecedentes:

Transfusiones Si No Desc.
Cirugía Si No Desc.
Embarazos Si No Desc.
Inmunodepresión Si No Desc.

Reacción transfusional previa Si No Desc. Tipo de reacción:

Datos del componente

Tipo: Hematíes

Indicaciones

Anemia aguda por hemorragia
Anemia aguda por otras causas
Anemia crónica
Anemia perioperatoria
Anemia y cardiopatía
Anemia hemolítica autoinmune
Anemia hemolítica congénita
Anemia hemolítica otras causas
Anemia del prematuro
Otras causas

Características

Sangre total Irradiado
Leucorreducidos Lavado
Exanguinotransfusión Eritroaféresis
Uso neonatal Transfusión intrauterina

Identificación

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

Plaquetas

Indicaciones

Trombocitopenia. Profilaxis de sangrado
Trombocitopenia. Hemorragia

- 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

Datos del paciente

Antecedentes

Fecha de inicio de la terapéutica transfusional (dd/mm/aaaa)

Nº de transfusiones recibidas en los últimos doce meses

Nº Transfusiones recibidas desde el diagnóstico (estimadas)

Tratamiento con quelantes de hierro Sí No

Especificar dosis y vía de administración

Datos clínicos

Ferritina ng/ml

Diagnóstico de Hemosiderosis por

- Resonancia magnética hepática
- Biopsia hepática
- Biopsia cutánea
- Otras

Diagnóstico diferencial

¿Se han descartado otras causas de sobrecarga de hierro? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, marcar las que han sido descartadas

- Hemocromatosis hereditaria
- Hemocromatosis secundaria
- Enfermedad hepática crónica (cirrosis, etc.)
- Porfiria cutánea tarda
- Atransferrinemia congénita
- Hemosiderosis pulmonar secundaria
- Hemosiderosis renal
- Hemodiálisis larga duración
- Tratamiento prolongado con hierro oral o intramuscular

Cuantificación de la gravedad

- Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa 1
- Signos inmediatos con riesgo 2
- Morbilidad a largo plazo 3
- Muerte del paciente 4

Imputabilidad

- No relación (aparentemente asociado a transfusión, con evidencia de que el componente no es la causa) 0
- Posible (pudiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) 1
- Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) 2
- Seguro (demostrada su relación con la transfusión) 3