

CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

Questionario: Otra reacción adversa

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 Cirugía Gral. y Digestiva Digestivo
Ginecología-Obstetricia Hematología Clínica Medicina Intensiva
Medicina Interna Nefrología Oncología Médica
Pediatría Traumatología y C. Ortopédica Urgencias
Urología Otros

Momento del incidente

Durante la transfusión

Después de la transfusión Especificar tiempo Minutos Horas Días Meses

Descripción del incidente:

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"/> |

CONFIDENCIAL