

CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

Questionario: Reacción alérgica / anafiláctica

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

Datos del paciente

Antecedentes

Reacciones alérgica anteriores Sí No Desc.

Datos Clínicos

Manifestaciones Cutáneas

Especificar

Manifestaciones Respiratorias

Especificar

Manifestaciones Cardiovasculares

Especificar

Manifestaciones Gastrointestinales

Especificar

Otras manifestaciones

Especificar

El paciente requirió como consecuencia de la complicación

Ingreso en UVI

Corticoides

Adrenalina

Ventilación asistida

Otros

Número de días:

Especificar

Estudio de la reacción

Anticuerpos anti-IgA

Sí

No

Especificar Técnica

Determinación de IgA

Sí

No

Resultado

Especificar Técnica

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 (podría 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