



NOTIFICACIÓN INICIAL DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL

Este formulario debe ser cumplimentado por el médico ante la sospecha de que un paciente presenta una reacción adversa en relación con la transfusión de sangre o de sus componentes

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos y Nombre: _____ N° Hª Clínica: _____

Fecha de Nacimiento: _____ (dd/mm/aaaa) Sexo: _____

Servicio: _____ Cama: _____ Tfno: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la transfusión: _____ (dd/mm/aaaa)

Antecedentes

	NO	SI		NO	SI
Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inmunodepresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reacciones transfusionales previas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo	_____	_____
				_____	_____

Momento de la reacción:

Durante la transfusión

Después de la transfusión → _____ Horas

DATOS DEL COMPONENTE

Hematíes Plaquetas PFC Otros: _____

N° de Unidad: _____ Volumen transfundido: _____

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Elevación de Temperatura	<input type="checkbox"/>	Prurito	<input type="checkbox"/>
Escalofríos/Tiritona	<input type="checkbox"/>	Urticaria	<input type="checkbox"/>
Dolor lumbar	<input type="checkbox"/>	Eritema	<input type="checkbox"/>
Anuria/Oliguria	<input type="checkbox"/>	Edema angioneurótico	<input type="checkbox"/>
Hemoglobinuria	<input type="checkbox"/>	Hipotensión	<input type="checkbox"/>
Ictericia	<input type="checkbox"/>	Shock	<input type="checkbox"/>
Disnea	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
Náuseas/vómitos	<input type="checkbox"/>	Petequias	<input type="checkbox"/>
Crisis hipertensiva	<input type="checkbox"/>	Síndrome hemorrágico difuso	<input type="checkbox"/>
Edema agudo de pulmón	<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>

EXPLORACIÓN

Pre-transfusión	Post-transfusión
Temper _____	Temper _____
P. Art _____	P. Art _____
Pulso _____	Pulso _____

Notificación cumplimentada por el Dr/Dra: _____

N° Colegiado: _____ Servicio: _____

Fecha: _____ Firma: _____

NOTA: EN ESTA SITUACIÓN SE RECUERDA LA NECESIDAD DE ENVIAR AL SERVICIO DE HEMOTERAPIA LAS MUESTRAS NECESARIAS PARA EL ESTUDIO, HABITUALMENTE:

- 10 ml. de sangre del paciente sin anticoagulante (SUERO)
- 5-10 ml. de sangre del paciente con anticoagulante (1 ó 2 EDTA o HEPARINA)
- El componente causante de la reacción, y el equipo de infusión