

	Direzione Sanitaria NOTIFICA REAZIONI TRASFUSIONALI	Mod. 0597	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>trasfusioni</i>	
		Rev. 00	del 31/10/2024

Compilare attentamente in tutte le sue parti e inviare al SIMT entro 24 ore dall'insorgenza della reazione

Reparto notificante: _____ Ospedale: _____

Data segnalazione: __/__/__ Data e ora insorgenza evento: __/__/__;__:__ Cod. Unità: _____

Cognome: _____ Nome: _____ Data nascita: __/__/__ Sesso: M F

Data trasfusione: __/__/__ Ora inizio:__:__ Ora fine:__:__

Indicazione Terapia Trasfusionale: _____

Diagnosi di base: _____

Note: _____

CONDIZIONI PRE-ESISTENTI	SI	NO	ND
Gravidanza/IVG			
Precedente trasfusione			
Pregresse reazioni trasfusionali			
Immunodepressione			
Anemia emolitica autoimmune			
Piastrinopenia autoimmune			

ALTRE INFORMAZIONI CLINICHE E/O ANAMNESTICHE RILEVANTI: _____ _____ _____
--

DATI EVENTO					
GRAVITA'		PERSISTENZA		TEMPO DI INSORGENZA	
☐	Nessun sintomo	☐	Risoluzione entro poche ore	☐	Durante la trasfusione
☐	Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico)	☐	Risoluzione entro pochi giorni	☐	Al termine della procedura
☐	Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico	☐	Risoluzione completa entro sei mesi	☐	Ore dopo
☐	Sintomatologia grave che richiede procedure rianimatorie	☐	Persistenza della patologia oltre sei mesi	☐	Giorni dopo
☐	Morte	☐	Non disponibile	☐	

SINTOMI			
☐ BRIVIDI	☐ CEFALEA	☐ CIANOSI	☐ DISPNEA
☐ DOLORE LOMBARE	☐ DOLORE TORACICO	☐ EDEMA	☐ EMATURIA
☐ EMOGLOBINEMIA	☐ EMOGLOBINEMIA	☐ FEBBRE (AUM. > 2° C)	☐ IPERKALIEMIA
☐ IPERTENSIONE	☐ IPOCALCEMIA	☐ IPOTENSIONE	☐ IPOTERMIA
☐ ITTERO	☐ NAUSEA E VOMITO	☐ OLIGOANURIA	☐ ORTICARIA
☐ PORPORA	☐ PRURITO	☐ REAZ. VASOMOTORIA	☐ SANGUIANMENTI
☐ SEGNI DI CID	☐ SHOCK	☐ TACHICARDIA	☐ TOSSE
Altro: _____			

TERAPIA	
☐ NESSUN TRATTAMENTO	☐ CORTISONICO
☐ ANTISTAMINICO	☐ SOLUZ. SOSTITUTIVE
☐ ANTIPIRETICO	☐ ANTIBIOTICO
☐ ANTIEMETICO	☐ FARMACI CARDIOVASCOLARI
☐ DIURETICO	☐ ALTRO

IMPUTABILITA'
☐ NON VALUTABILE
☐ ESCLUSA/IMPROBABILE
☐ POSSIBILE
☐ PROBABILE
☐ CERTA

UNITA' COINVOLTE

CODICE UNITA'		☐ EMAZIE	☐ PIASTRINE	☐ PLASMA
CODICE UNITA'		☐ EMAZIE	☐ PIASTRINE	☐ PLASMA

Data: _____

Firma e timbro Medico Segnalatore