



EFFETTI INDESIDERATI SUI RICEVENTI

VIG/M1
Rev. n. 2
del 28/03/2022

Pag. 1 di 4

DATI GENERALI (riservato al medico trasfusore che segnala la reazione)

SIMT di: Ragusa Modica Vittoria

Reparto _____

Paziente: _____ M F Data di nascita ___/___/_____

Cod. Paziente _____ Data segnalazione ___/___/_____ Data/ora evento ___/___/___ ___/___

Sintomi (selezionare una o più voci)		
<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Febbre (aumento > di 2°C)	<input type="checkbox"/> Porpora
<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Iperkaliemia	<input type="checkbox"/> Prurito
<input type="checkbox"/> Cianosi	<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Reazione vasomotoria
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Ipocalcemia	<input type="checkbox"/> Sanguinamenti inspiegabili
<input type="checkbox"/> Dolore lombare	<input type="checkbox"/> Ipotensione	<input type="checkbox"/> Segni di CID
<input type="checkbox"/> Dolore toracico	<input type="checkbox"/> Ipotermia	<input type="checkbox"/> Shock
<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Ittero	<input type="checkbox"/> Tachicardia
<input type="checkbox"/> Ematuria	<input type="checkbox"/> Nausea vomito	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Emoglobinemia	<input type="checkbox"/> Oligo anuria	<input type="checkbox"/> Altro _____
<input type="checkbox"/> Emoglobinuria	<input type="checkbox"/> Orticaria	

Gravità	Imputabilità	Persistenza
<input type="checkbox"/> Nessun sintomo (grado 0)	<input type="checkbox"/> Esclusa/improbabile	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro poche ore
<input type="checkbox"/> Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico) (grado 1)	<input type="checkbox"/> Possibile	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro pochi giorni
<input type="checkbox"/> Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico (grado 2)	<input type="checkbox"/> Probabile	<input type="checkbox"/> Risoluzione completa entro sei mesi
<input type="checkbox"/> Sintomatologia grave che richiede manovre rianimatorie (grado 3)	<input type="checkbox"/> Certa	<input type="checkbox"/> Persistenza della patologia entro i sei mesi
<input type="checkbox"/> Morte (grado 4)	<input type="checkbox"/> Non valutabile	<input type="checkbox"/> Non disponibile

Informazioni cliniche

Indicazione alla terapia trasfusionale

Condizioni preesistenti	
Anemia emolitica autoimmune <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND	Precedente trasfusione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND
Gravidanza/IVG <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND	Piastrinopenia autoimmune <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND
Immunodepressione <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND	Pregresse reazioni trasfusionali <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND
Anemia emolitica <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ND	
Numero gravidanze _____	

Altre informazioni cliniche/Anamnestiche rilevanti

 <p>ASP RAGUSA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COMITATO OSPEDALIERO PER IL BUON USO DEL SANGUE</p>	<h2>EFFETTI INDESIDERATI SUI RICEVENTI</h2>	<p>VIG/M1 Rev. n. 2 del 28/03/2022</p> <p>Pag. 2 di 4</p>
---	---	--

INFORMAZIONI TRASFUSIONE (riservato al medico trasfusore che segnala la reazione)

Data trasfusione ___/___/___			Ora inizio ___/___			Ora fine ___/___			Durata trasfusione _____		
Trasfusione completata <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no											
Luogo della trasfusione											
<input type="checkbox"/> Reparto			<input type="checkbox"/> Sala operatoria			<input type="checkbox"/> Domicilio					
<input type="checkbox"/> Trasfusionale			<input type="checkbox"/> Day hospital								
<input type="checkbox"/> Emergenza/terapia intensiva			<input type="checkbox"/> Ambulatorio								

Unità coinvolte: <input type="checkbox"/> Omologhe <input type="checkbox"/> Autologhe			
		Codice Unità (CDM)	
<input type="checkbox"/> Eritrociti			
<input type="checkbox"/> Piastrine			
<input type="checkbox"/> Plasma			
<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____			

<input type="checkbox"/> Omogruppo	<input type="checkbox"/> Leucodepleto	<input type="checkbox"/> Da aferesi	<input type="checkbox"/> SD trattato
<input type="checkbox"/> Compatibile	<input type="checkbox"/> Plasmadepleto	<input type="checkbox"/> CMV negativo	<input type="checkbox"/> Quarantato
<input type="checkbox"/> Deprivato di BC	<input type="checkbox"/> piastrine da BC/PRP	<input type="checkbox"/> Irradiate	<input type="checkbox"/> Altro _____

Medico trasfusore che segnala la reazione (firma, comprensibile): _____

CONCLUSIONI DELLA VERIFICA SULLA REAZIONE TRASFUSIONALE (riservato al Servizio Trasfusionale)

REAZIONI TRASFUSIONALI Emolisi immunologica

Reazione (selezionare una voce)	Errore trasfusionale	
	Tipo (selezionare una voce)	Luogo (selezionare una voce)
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica immediata	<input type="checkbox"/> Distribuzione emocomponenti scaduto	<input type="checkbox"/> Reparto
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica acuta da ABO	<input type="checkbox"/> Emocomponente errato	<input type="checkbox"/> Emergenza / Terapia intensiva
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica acuta da Rh	<input type="checkbox"/> Errata etichettatura sulla provetta	<input type="checkbox"/> Day-Hospital
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica acuta da altri sistemi gruppo ematici	<input type="checkbox"/> Errata etichettatura sacca	<input type="checkbox"/> Domicilio
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica ritardata	<input type="checkbox"/> Errore di determinazione del gruppo sul donatore	<input type="checkbox"/> Trasfusionale
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica ritardata da ABO	<input type="checkbox"/> Non corretto deflussore	<input type="checkbox"/> Sala operatoria
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica ritardata da Rh	<input type="checkbox"/> Paziente errato	<input type="checkbox"/> Ambulatorio
<input type="checkbox"/> Reazione emolitica ritardata da altri sistemi gruppo ematici	<input type="checkbox"/> Errore laboratorio paziente	
	<input type="checkbox"/> Trasfusione emocomponenti scaduto	
	<input type="checkbox"/> Utilizzo di unità non destinata al paziente	
	<input type="checkbox"/> Prelievo paziente errato	
	<input type="checkbox"/> Altro _____	

Emolisi non immunologica

Causa	Analisi delle cause
<input type="checkbox"/> Chimica	
<input type="checkbox"/> Fisica	
<input type="checkbox"/> Meccanica	



EFFETTI INDESIDERATI SUI RICEVENTI

VIG/M1
Rev. n. 2
del 28/03/2022

Pag. 4 di 4

Infezione acuta trasmessa con la trasfusione

Tipo di infezione	Test pretrasfusionali	Analisi delle cause
<input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV)	HIV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguito	
<input type="checkbox"/> Epatite B (HBV)	HBV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguito	
<input type="checkbox"/> Epatite C (HCV)	HCV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguito	
<input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV)	CMV <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg <input type="checkbox"/> Non eseguito	
<input type="checkbox"/> Malaria		
<input type="checkbox"/> Sifilide (Lue)		
<input type="checkbox"/> Toxoplasmosi		
<input type="checkbox"/> Virus di Epstein Barr (EBV)		
<input type="checkbox"/> Altre infezioni batteriche (specificare)		
<input type="checkbox"/> Altre infezioni parassitarie (specificare)		
<input type="checkbox"/> Altre infezioni virali (specificare)		

Altre reazioni trasfusionali

		Analisi delle cause
<input type="checkbox"/> Allo immunizzazione	<input type="checkbox"/> Ipocalcemia	
<input type="checkbox"/> Anafilassi	<input type="checkbox"/> Ipotensione	
<input type="checkbox"/> Anemia emolitica autoimmune	<input type="checkbox"/> Ipotermia	
<input type="checkbox"/> Dispnea associata alla trasfusione	<input type="checkbox"/> Manifestazioni allergiche	
<input type="checkbox"/> Edema polmonare non cardiogeno (TRALI)	<input type="checkbox"/> Porpora post trasfusionale	
<input type="checkbox"/> Emosiderosi post trasfusionale	<input type="checkbox"/> Reazione febbrile non emolitica	
<input type="checkbox"/> Graft versus Host Disease (GvHD)	<input type="checkbox"/> Shock anafilattico	
<input type="checkbox"/> Inefficacia trasfusionale	<input type="checkbox"/> Sovraccarico circolatorio (TACO)	
<input type="checkbox"/> Iperkaliemia	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	
<input type="checkbox"/> Ipertensione		

NOTA: i codici 3 e 4 vanno notificati su SISTRA

Data _____

Medico del Servizio Trasfusionale (firma, comprensibile) _____