



EFFETTI INDESIDERATI SUI RICEVENTI

VIG/M1
Rev. n. 3
del 09/01/2024

Pag. 1 di 4

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

SIMT di: Ragusa Modica Vittoria

Reparto _____ Medico _____

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

Diagnosi: _____

Data comunicazione ___/___/_____ Data/ora evento ___/___/___ ___/___

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

Tempo di insorgenza	Luogo trasfusione	Trattamento in reparto
<input type="checkbox"/> Durante la trasfusione	<input type="checkbox"/> Reparto	<input type="checkbox"/> Nessun trattamento
<input type="checkbox"/> Al termine della trasfusione	<input type="checkbox"/> Servizio Trasfusionale	<input type="checkbox"/> Antistaminico
<input type="checkbox"/> Dopo alcune ore	<input type="checkbox"/> Emergenza / Terapia intensiva	<input type="checkbox"/> Antipiretico
<input type="checkbox"/> Dopo alcuni giorni	<input type="checkbox"/> Sala operatoria	<input type="checkbox"/> Antiemetico
	<input type="checkbox"/> Ambulatorio	<input type="checkbox"/> Diuretico
	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Cortisonico
		<input type="checkbox"/> Soluzioni sostitutive
		<input type="checkbox"/> Antibiotico
		<input type="checkbox"/> Farmaci cardiovascolari
		<input type="checkbox"/> Altro

Segni PRE - Trasfusione		Segni POST- Trasfusione	
<input type="checkbox"/> Temperatura		<input type="checkbox"/> Temperatura	
<input type="checkbox"/> Frequenza cardiaca		<input type="checkbox"/> Frequenza cardiaca	
<input type="checkbox"/> Pressione arteriosa massima		<input type="checkbox"/> Pressione arteriosa massima	
<input type="checkbox"/> Pressione arteriosa minima		<input type="checkbox"/> Pressione arteriosa minima	
<input type="checkbox"/> Emoglobina		<input type="checkbox"/> Emoglobina	

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



EFFETTI INDESIDERATI SUI RICEVENTI

VIG/M1
Rev. n. 3
del 09/01/2024

Pag. 2 di 4

Informazioni cliniche

Indicazione alla terapia trasfusionale

--

Condizioni preesistenti

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

Altre informazioni cliniche/Anamnestiche rilevanti

--

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

Data trasfusione ___/___/___ Ora inizio ___/___ Ora fine ___/___ Durata trasfusione _____		
Trasfusione completata <input type="checkbox"/> si <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: Omologhe 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"/> Quaranteno
<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): _____



EFFETTI INDESIDERATI SUI RICEVENTI

VIG/M1
Rev. n. 3
del 09/01/2024

Pag. 3 di 4

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	

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) _____