

	Direzione Sanitaria Notifica reazioni trasfusionali	Mod. 0597	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>trasfusioni</i>	
		Rev. 00	del 01/06/2023

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	IPOENSIONE	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