



فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده های خونی

مسئول تکمیل فرم : - پزشک هموویتولانس

- پرستار بخش

نام :	نام خانوادگی بیمار :	نام پدر:	تاریخ تولد:	کد ملی : (در صورت دسترسی)	جنسیت : مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
استان :	شهر :	بیمارستان / مرکز درمانی :	بخش :	شماره پرونده :	
<p>تشخیص بیماری: سابقه بیماری : آلرژی <input type="checkbox"/> اختلال کلیوی <input type="checkbox"/> اختلال کبدی <input type="checkbox"/> اختلال قلبی <input type="checkbox"/> اختلال ریوی <input type="checkbox"/></p> <p>سابقه تزریق خون: داشته <input type="checkbox"/> نداشته <input type="checkbox"/></p> <p>سابقه واکنش به تزریق خون: داشته <input type="checkbox"/> نداشته <input type="checkbox"/></p> <p>شماره کیسه های خون تزریق شده در ۲۴ ساعت اخیر :</p>					
<p>نوع فرآورده تزریقی: گلبول قرمز متراکم <input type="checkbox"/> گلبول قرمز کم لکوسیت <input type="checkbox"/> گلبول قرمز متراکم شسته شده <input type="checkbox"/></p> <p>خون کامل <input type="checkbox"/> پلاکت راندم <input type="checkbox"/> کرایوپرسیپیتیت <input type="checkbox"/></p> <p>FFP <input type="checkbox"/> پلاکت آفرزیس <input type="checkbox"/> کرایوپرسیپیتیت <input type="checkbox"/></p> <p>شماره کیسه فرآورده ای که باعث بروز عارضه شده : پلاسمای فاقد کرایوپروسیپیتیت (CPP) <input type="checkbox"/></p> <p>* در صورت استفاده از سایر فرآورده ها و یا اقدامات ویژه برای فرآورده ذکر شود :</p> <p>تاریخ انقضا فرآورده: تاریخ تزریق خون: فاصله زمانی شروع تزریق با بروز عارضه : دقیقه/ساعت/روز</p> <p>ABO&Rh کیسه: ساعت شروع تزریق: ساعت پایان تزریق: ABO&Rh بیمار: حجم تزریق شده:</p>					
<p>آیا بیمار از محل تزریق خون، دارو یا محلول تزریقی به جز نرمال سالین دریافت کرده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا طبق دستور پزشک معالج نیاز به گرم کردن خون قبل از تزریق به وسیله Blood Warmer بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا فرآورده مورد نظر از طریق ست فیلتر دار مخصوص فرآورده خون، تزریق شده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>					
<p>علائم و نشانه های بالینی:</p> <p>تب <input type="checkbox"/> درد پشت <input type="checkbox"/> احساس ناراحتی <input type="checkbox"/> احساس سرما و لرز <input type="checkbox"/> قرمزی پوست (راش) <input type="checkbox"/></p> <p>میزان افزایش درجه حرارت:</p> <p>خارش <input type="checkbox"/> کهیر <input type="checkbox"/> درد قفسه سینه و شکم <input type="checkbox"/> تهوع و استفراغ <input type="checkbox"/> تنگی نفس <input type="checkbox"/></p> <p>تپش قلب <input type="checkbox"/> گر گرفتگی <input type="checkbox"/> پایین آمدن سطح هوشیاری <input type="checkbox"/> شوک <input type="checkbox"/> ادم حاد ریه <input type="checkbox"/></p> <p>قطع ادرار <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> بی قراری <input type="checkbox"/> کم شدن حجم ادرار <input type="checkbox"/></p> <p>استریدور <input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> دیسترس تنفسی <input type="checkbox"/> کاهش فشار خون <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون <input type="checkbox"/></p> <p>سایر علائم و نشانه های بالینی:</p> <p>نتیجه کشت خون از بیمار: نتیجه کشت خون کیسه :</p>					
<p>علائم آزمایشگاهی :</p> <p>هموگلوبینوری <input type="checkbox"/> هموگلوبینمیا <input type="checkbox"/> هیپر بیلی روبینمی <input type="checkbox"/> تست DAT مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/></p> <p>بالابودن ALT بیشتر از ۲ برابر <input type="checkbox"/> LDH بالا <input type="checkbox"/> پتاسیم بالا <input type="checkbox"/> پتاسیم پایین <input type="checkbox"/></p> <p>هیپو کلسمی <input type="checkbox"/> PH خون :..... O₂ Saturation:..... اوره بالا <input type="checkbox"/> کراتنی نین بالا <input type="checkbox"/></p>					
<p>شدت عارضه :</p> <p>۰ - کاملاً بهبود یافته <input type="checkbox"/> ۱- آسیب جدی ندارد <input type="checkbox"/> ۲- آسیب جدی که باعث ناتوانی شدید و دائمی شده است <input type="checkbox"/></p> <p>۳ - تهدید کننده حیات <input type="checkbox"/> ۴ - فوت <input type="checkbox"/></p> <p>* اقدامات درمانی انجام شده برای بیمار :</p>					

مشخصات بیمار

مشخصات و شرایط فرآورده

شرایط بیمار در هنگام بروز عارضه

پزشک معالج یا پزشک هموویتولانس

پرستار بخش و پزشک

لطفاً پس از تکمیل هر دو روی فرم، آن را در تهران به شماره فاکس ۸۸۶۰۱۵۷۴ و در سایر استان ها به پایگاه انتقال خون، حداکثر ظرف ۴۸ ساعت پس از وقوع عارضه ارسال نموده، سپس اصل فرم راتا زمان تحویل آن به پایگاه انتقال خون در دفتر پرستاری و کپی آن در پرونده بیمار نگهداری شود.



فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده های خونی

نوع واکنش زینبار ناشی از تزریق خون و فرآورده (تشخیص احتمالی: فقط یک مورد علامت زده شود).

- واکنش آلرژیک خفیف
- تب ناشی از ترانسفوزیون FNHTR
- همولیز ایمیون ناشی از ناسازگاری ABO
- همولیز نان ایمیون
- همولیز ایمیون ناشی از سایر آلوانتی بادی ها
- عفونت باکتریال منتقله از راه انتقال خون
- حساسیت شدید
- آنافیلاکسی
- TRALI
- عفونت ویرال منتقله از راه انتقال خون: HBV HCV HIV 1,2 سایر مشخص شود:
- عفونت انگلی منتقله از راه انتقال خون: مالاریا سایر مشخص شود:
- پورپورای بعد از تزریق ترانسفوزیون
- GVHD
- سایر واکنش های شدید (مشخص شود):

در این صورت باید سریعاً به پایگاه انتقال خون گزارش شود (جهت اقدامات بعدی)

میزان قابلیت استناد واکنش زینبار تزریق خون و فرآورده:

- N.A. (Not Applicable): بدون ارتباط
 - (Exclude یا Unlike) 0: احتمال اندک
 - (Possible) 1: ممکن
 - (Probable) 2: محتمل
 - (Certain) 3: قطعی
- هنگامی که اطلاعات موجود برای استناد کافی نباشد یا بر اساس شواهد و مستندات علایم مربوط به تزریق خون و فرآورده نباشد.
- هنگامی که شواهد به نفع سایر علل قویتر از شک به عارضه ناشی از تزریق خون و فرآورده باشد.
- هنگامی که شواهد نتواند بین سایر علل ایجاد عارضه و یا عارضه ناشی از تزریق خون افتراق دهد.
- هنگامی که شواهد واضحاً به نفع عارضه تزریق خون ناشی از تزریق خون یا فرآورده باشد.
- هنگامی که شواهد قطعاً به نفع عارضه ناشی از تزریق خون یا فرآورده باشد.

مهر و امضاء پزشک ارشد هموویژلانس:

مهر و امضاء پزشک هموویژلانس:

فرم تأیید عوارض ناشی از تزریق خون و فرآورده:

- علت اصلی ایجاد عارضه: عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام نمونه گیری
- عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام تزریق خون یا فرآورده
- ارسال اشتباه کیسه فرآورده از بانک خون
- اشتباهات تکنیکی و دفتری در تعیین گروه خون:
- سایر علل ذکر گردد:

- پایگاه انتقال خون:
- مشخصات گزارش دهنده:
- تاریخ تأیید: روز/ماه/سال
- تاریخ وقوع عارضه تزریق خون:
- روز/ماه/سال

- آیا عارضه تزریق خون تأیید می شود: بله خیر
 - میزان قابلیت استناد طبق نظر واحد هموویژلانس مرکزی: (۳- و N.A.):
 - آیا نوع عارضه تزریق خون تأیید شده با گزارش اولیه تطابق دارد: بله خیر
- در صورت پاسخ منفی نوع عارضه تزریق خون تأیید شده ذکر شود:

وضعیت بالینی بیمار (در صورت وجود)

*نتیجه بررسیهای به عمل آمده از سوی سازمان انتقال خون:

- کاملاً بهبود یافته
- ناتوانی جزئی یا مختصر
- ناتوانی شدید یا نقض عضو دائمی (sequel)
- مرگ

پزشک هموویژلانس بیمارستان

دفتر همو ویژلانس مرکزی (استانی)