

CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

Cuestionario: Reacción hipotensiva

Datos del paciente

Fecha de nacimiento: Sexo: Hombre Mujer

Servicio hospitalario:

Antecedentes:

Transfusiones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Cirugía	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Embarazos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Inmunodepresión	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Reacción transfusional previa	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	Tipo de reacción: <input type="text"/>

Datos del componente

Tipo: Hematíes

Indicaciones

Anemia aguda por hemorragia	<input type="checkbox"/>
Anemia aguda por otras causas	<input type="checkbox"/>
Anemia crónica	<input type="checkbox"/>
Anemia perioperatoria	<input type="checkbox"/>
Anemia y cardiopatía	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica autoinmune	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica congénita	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica otras causas	<input type="checkbox"/>
Anemia del prematuro	<input type="checkbox"/>
Otras causas	<input type="checkbox"/>

Características

Sangre total	<input type="checkbox"/>	Irradiado	<input type="checkbox"/>
Leucorreducidos	<input type="checkbox"/>	Lavado	<input type="checkbox"/>
Exanguinotransfusión	<input type="checkbox"/>	Eritroaféresis	<input type="checkbox"/>
Uso neonatal	<input type="checkbox"/>	Transfusión intrauterina	<input type="checkbox"/>

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de extracción:

Plaquetas

Indicaciones

- Trombocitopenia. Profilaxis de sangrado
- Trombocitopenia. Hemorragia
- Trombocitopenia. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria congénita. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria adquirida. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis procedimiento invasivo

Características

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Irradiado | <input type="checkbox"/> | Leucorreducido | <input type="checkbox"/> |
| Pool | <input type="checkbox"/> | Tromboaféresis | <input type="checkbox"/> |
| HLA compatibles | <input type="checkbox"/> | HPA compatibles | <input type="checkbox"/> |
| Uso neonatal | <input type="checkbox"/> | Inactivados | <input type="checkbox"/> |

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Plasma

Indicaciones

- Hemorragia aguda con coagulopatía por consumo
- Hemorragia aguda con coagulopatía por anticoagulante
- Hemorragia aguda con coagulopatía por enfermedad hepática
- Hemorragia aguda con coagulopatía de otras causas
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por anticoagulantes
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por enfermedad hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía de otras causas
- Coagulación intravascular diseminada
- Recambio plasmático terapéutico
- Deficiencia aislada de factor de la coagulación
- Otros motivos

Características

- Azul metileno Cuarentenado

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Granulocitos

Indicaciones

- Neutropenia asociada a infección
- Disfunción de los neutrófilos asociada a infección
- Otras

Características

- Buffy Leucorreducido

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Otros

Identificación

Nº de unidad: Volumen transfundido (ml): Fecha de la extracción:

Procedencia de la donación: Alogénica Autóloga

Datos de la Transfusión

Fecha de la Transfusión: Hora Transfusión:

Prioridad

- Rutina
- Emergencia
- Desconocida

Localización

- Urgencias
- Planta
- Quirófano
- UVI
- Hospital de día
- Hospitalización a domicilio
- Otros

Servicio solicitante

- | | | |
|--|--|---|
| Cardiología <input type="checkbox"/> | Cirugía Gral. y Digestiva <input type="checkbox"/> | Digestivo <input type="checkbox"/> |
| Ginecología-Obstetricia <input type="checkbox"/> | Hematología Clínica <input type="checkbox"/> | Medicina Intensiva <input type="checkbox"/> |
| Medicina Interna <input type="checkbox"/> | Nefrología <input type="checkbox"/> | Oncología Médica <input type="checkbox"/> |
| Pediatría <input type="checkbox"/> | Traumatología y C. Ortopédica <input type="checkbox"/> | Urgencias <input type="checkbox"/> |
| Urología <input type="checkbox"/> | Otros <input type="checkbox"/> | |

Momento del incidente

Durante la transfusión

Después de la transfusión Especificar tiempo Minutos Horas Días Meses

Datos del paciente

Antecedentes

Premedicación

Sí No

Especificar

Reacciones previas

Sí No

Especificar

Datos clínicos

Hipotensión

Rubor facial

Náuseas

Diarrea

Otros

Describir

Tensión arterial previa a la transfusión mmHg

Tensión arterial posterior a la transfusión mmHg

¿Está recibiendo el paciente algún fármaco inhibidor del enzima convertidor de la angiotensina? En caso afirmativo indicar:

Sí. Especificar

No

¿Qué tratamiento se ha administrado al paciente para revertir la hipotensión?

Indicar:

Cuantificación de la gravedad

Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa	1	<input type="radio"/>
Signos inmediatos con riesgo	2	<input type="radio"/>
Morbilidad a largo plazo	3	<input type="radio"/>
Muerte del paciente	4	<input type="radio"/>

Imputabilidad

No relación (aparentemente asociado a transfusión, con evidencia de que el componente no es la causa)	0	<input type="radio"/>
Posible (podría estar relacionado o no a una causa no transfusional)	1	<input type="radio"/>
Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras)	2	<input type="radio"/>
Seguro (demostrada su relación con la transfusión)	3	<input type="radio"/>

CONFIDENCIAL