

G.O.M. "B.M.M." Reggio Calabria Servizio di Immuno-Ematologia e Trasfusionale	REGISTRAZIONE RELAZIONE REAZIONI TRASFUSIONALI	R06.2 Rev.1 Data 8.09.17
--	--	---------------------------------------

(da restituire debitamente compilata al Servizio Trasfusionale con la sacca trasfusa e N°2 provetta da siero e EDTA)

RICEVENTE: _____

OSPEDALE: _____ REPARTO: _____

DIAGNOSI: _____

INDICAZIONE ALLA TRAFUSIONE: _____

TRASFUSIONI PRECEDENTI: ☐ SÍ ☐ NO GRAVIDANZE: ☐ SÍ (N°.....) ☐ NO

DATA E ORA DELLA TRASFUSIONE: _____

EMOCOMPONENTE UTILIZZATO

Numero di identificazione dell'unità

EMAZIE	.....	.....	.....	.....	.....
CONCENTRATO PIASTRINICO DA POOL	.....	.....	.....	.....	.....
CONCENTRATO PIASTRINICO DA AFERESI	.....	.....	.....	.....	.....
PLASMA	.....	.....	.....	.....	.....

TEMPO INTERCORSO FRA L'INIZIO DELLA TRASFUSIONE E LA REAZIONE: _____

QUANTITÀ INFUSA _____

SINTOMATOLOGIA

GENERALE

- | | |
|---|--|
| ☐ Brividi | ☐ Shock |
| ☐ Senso di malessere generale | ☐ Febbre : temperatura >.....°C |
| ☐ Dolore al sito della venipuntura | ☐ Irrequietezza |
| ☐ Dolore in sede lombare | |

CUTE E MUCOSE

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| ☐ Rush cutaneo | ☐ Ittero |
| ☐ Prurito | ☐ Cianosi |

APPARATO CARDIORESPIRATORIO

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Tachicardia :frequenza.....min. | ☐ Ipotensione: PAOS | ☐ Dispnea |
| ☐ Bradicardia: frequenza.....min | ☐ Disturbi del ritmo | ☐ Tosse |
| ☐ Ipertensione: PAOS..... | ☐ Precordialgie | ☐ Costrizione toracica |
| | | ☐ Broncospasmo |

APPARATO GASTROENTERICO

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|--|
| ☐ Nausea | ☐ Vomito | ☐ Dolori addominali |
|---------------------------------|---------------------------------|--|

TERAPIA EFFETTUATA: _____

....., il ____/____/____ Ora ____:____

timbro e firma del Medico