

Reparto notificante: _____

Data segnalazione _____ Data/ora evento _____ : _____

Codice Paziente _____

Iniziali : Nome _____ Cognome _____ Data Nascita _____ Sesso: M F

Sintomi (selezionare una o più voci)			
<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Cianosi	<input type="checkbox"/> Dispnea
<input type="checkbox"/> Dolore lombare	<input type="checkbox"/> Dolore toracico	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Ematuria
<input type="checkbox"/> Emoglobinemia	<input type="checkbox"/> Emoglobinuria	<input type="checkbox"/> Febbre (aum.>2°C)	<input type="checkbox"/> Iperkaliemia
<input type="checkbox"/> Ipertensione	<input type="checkbox"/> Ipocalcemia	<input type="checkbox"/> Ipotensione	<input type="checkbox"/> Ipotermia
<input type="checkbox"/> Ittero	<input type="checkbox"/> Nausea vomito	<input type="checkbox"/> Oligo anuria	<input type="checkbox"/> Orticaria
<input type="checkbox"/> Porpora	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Reaz. Vasomotoria	<input type="checkbox"/> Sanguinamenti inspiegabili
<input type="checkbox"/> Segni di CID	<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Tachicardia	<input type="checkbox"/> Tosse
<input type="checkbox"/> Altro _____			

Indicazione Terapia Trasfusionale _____

Note _____

Condizioni pre-esistenti	Sì	No	ND	
Gravidanza/IVG				n. gravidanze: _____
Precedente trasfusione				
Pregresse reazioni trasfusionali				
Immunodepressione				
Anemia emolitica autoimmune				
Piastrinopenia autoimmune				

Altre informazioni cliniche/anamnestiche rilevanti: _____

Data Trasfusione _____ ora inizio _____ : _____ ora fine _____ : _____

Trasfusione Completata: Sì No Luogo trasfusione: _____

Unità trasfuse

Codice/n. unità:		<input type="checkbox"/> Omologa	<input type="checkbox"/> Autologa
Emocomponente:			
Compatibilità <input type="checkbox"/> Omograppo <input type="checkbox"/> AB0 compatibile <input type="checkbox"/> AB0 non compatibile	Irradiazione <input type="checkbox"/> Irradiata <input type="checkbox"/> Non irradiata	CMV <input type="checkbox"/> CMV negativa <input type="checkbox"/> CMV non testata	
Leucodeplezione <input type="checkbox"/> in laboratorio <input type="checkbox"/> al letto del paziente <input type="checkbox"/> Non leucodepleta	Inattivazione virale <input type="checkbox"/> Blu di metilene <input type="checkbox"/> Quarantena <input type="checkbox"/> Riboflavina <input type="checkbox"/> Psoraleni <input type="checkbox"/> Non trattata		
Codice/n. unità:		<input type="checkbox"/> Omologa	<input type="checkbox"/> Autologa
Emocomponente:			
Compatibilità <input type="checkbox"/> Omograppo <input type="checkbox"/> AB0 compatibile <input type="checkbox"/> AB0 non compatibile	Irradiazione <input type="checkbox"/> Irradiata <input type="checkbox"/> Non irradiata	CMV <input type="checkbox"/> CMV negativa <input type="checkbox"/> CMV non testata	
Leucodeplezione <input type="checkbox"/> in laboratorio <input type="checkbox"/> al letto del paziente <input type="checkbox"/> Non leucodepleta	Inattivazione virale <input type="checkbox"/> Blu di metilene <input type="checkbox"/> Quarantena <input type="checkbox"/> Riboflavina <input type="checkbox"/> Psoraleni <input type="checkbox"/> Non trattata		
Codice/n. unità:		<input type="checkbox"/> Omologa	<input type="checkbox"/> Autologa
Emocomponente:			
Compatibilità <input type="checkbox"/> Omograppo <input type="checkbox"/> AB0 compatibile <input type="checkbox"/> AB0 non compatibile	Irradiazione <input type="checkbox"/> Irradiata <input type="checkbox"/> Non irradiata	CMV <input type="checkbox"/> CMV negativa <input type="checkbox"/> CMV non testata	
Leucodeplezione <input type="checkbox"/> in laboratorio <input type="checkbox"/> al letto del paziente <input type="checkbox"/> Non leucodepleta	Inattivazione virale <input type="checkbox"/> Blu di metilene <input type="checkbox"/> Quarantena <input type="checkbox"/> Riboflavina <input type="checkbox"/> Psoraleni <input type="checkbox"/> Non trattata		

Gravità	Persistenza	Imputabilità
<input type="checkbox"/> Nessun sintomo	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro poche ore	<input type="checkbox"/> Non valutabile
<input type="checkbox"/> Sintomatologia lieve (nessun intervento terapeutico)	<input type="checkbox"/> Risoluzione entro pochi giorni	<input type="checkbox"/> Esclusa/ Improbabile
<input type="checkbox"/> Sintomatologia con necessità di intervento terapeutico	<input type="checkbox"/> Risoluzione completa entro 6 mesi	<input type="checkbox"/> Possibile
<input type="checkbox"/> Sintomatologia grave che richiede procedure rianimatorie	<input type="checkbox"/> Persistenza della patologia entro i 6 mesi	<input type="checkbox"/> Probabile
<input type="checkbox"/> Morte	<input type="checkbox"/> Non disponibile	<input type="checkbox"/> Certa

Ulteriori osservazioni / Ipotesi diagnostica: _____
