

Verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård / avdelning / tfn / fax
Blodcentral vid verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård / tfn / fax

Patientens namn	Personbeteckning	Blodgrupp RhD
-----------------	------------------	------------------

Diagnos	Orsak till blodtransfusionen
---------	------------------------------

Tidigare blodtransfusioner
 Nej Ja, år: _____
 Konstaterade erytrocytantikroppar

UPPGIFTER OM DE TRANSFUSERADE BLODPREPARATEN

Var har blodpreparatet transfunderats (operationssal, intensivvårdsavdelning, bäddavdelning, annan plats)

Transfuserade blodpreparat under de föregående 24 timmarna för symptom (vid behov kopia av blodtransfusionsblanketten)

Preparat (Er, Tr, FFP) Nr	Enhetsnummer	Slangen för förenlighetsprovet Nummer	Datum	Transfusionen (kl.)		Mängd (ml)	Reaktion	
				Började	Slutade		Ja	Nej
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Läkemedelsbehandling som eventuellt orsakat symptom (tidpunkt i förhållande till symptomen)

SKADLIGA VERKNINGAR

Symptomen började (datum och tid)			Symptomen slutade (datum och tid)		
	Tidpunkt datum, kl.	Temperatur °C	Syresättning pO ₂ /oximetri	RR mmHg	Puls/ min
Före transfusionen					
Medan symptomen uppträder					

Symptom och fynd

<input type="checkbox"/> Chock	<input type="checkbox"/> Illamående/kräkningar	<input type="checkbox"/> Bröstmärta
<input type="checkbox"/> Smärta i korsrygg/mage	<input type="checkbox"/> Oro	<input type="checkbox"/> Andnöd
<input type="checkbox"/> Frossa	<input type="checkbox"/> Klåda	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Röd plasma	<input type="checkbox"/> Röd urin	<input type="checkbox"/> Annat, vad: _____

CRP före transfusionen (datum/resultat)	CRP efter transfusionen (datum/resultat)
---	--

Behandling

<input type="checkbox"/> Intensivvård	<input type="checkbox"/> Återupplivning	<input type="checkbox"/> Respirator
<input type="checkbox"/> Adrenalin	<input type="checkbox"/> Dopamin	<input type="checkbox"/> Diuretikum
<input type="checkbox"/> Extra syrgas	<input type="checkbox"/> Kortison	<input type="checkbox"/> Antihistamin
<input type="checkbox"/> Paracetamol	<input type="checkbox"/> Annat, specificera: _____	

Antibiotika

<input type="checkbox"/> före transfusionen	<input type="checkbox"/> efter transfusionen	<input type="checkbox"/> inga åtgärder
---	--	--

Rapporten skall utan dröjsmål tillställas inrättningen för blodtjänst.

<input type="checkbox"/> Akut hemolys	<input type="checkbox"/> Fördröjd hemolys (inte transfusion av fel blodpreparat)	
Orsak till hemolys		
Immunologisk: <input type="checkbox"/> anti-A/anti-B	<input type="checkbox"/> Andra antikroppar, specificera: _____	
<input type="checkbox"/> Icke immunologisk, specificera (t.ex. felaktig förvaring av preparatet): _____		
<input type="checkbox"/> TRALI (transfusionsrelaterad akut lungskada)	<input type="checkbox"/> TACO (transfusionsrelaterad cirkulatorisk överbelastning)	
Lung-RTG efter symptomens början (datum, kl.): _____		
<input type="checkbox"/> Anafylaktisk reaktion	<input type="checkbox"/> PTP (posttransfusionspurpura)	<input type="checkbox"/> GvHD (graft-versus-host reaktion)
<input type="checkbox"/> Sepsis efter blodtransfusion		
Blododling före transfusionen (datum, kl.): _____		resultat: _____
Blododling efter transfusionen (datum, kl.): _____		resultat: _____
<input type="checkbox"/> Misstanke om annan smitta till följd av blodtransfusion (HBV, HCV, HIV, HTLV, malaria, annan) specificera: _____		
<input type="checkbox"/> Annan allvarlig skadlig verkning, specificera: _____		

Bedömning av de skadliga verkningarnas svårighetsgrad

Inga symptom Lindriga symptom Allvarliga symptom Dödsfall

Bedömning av orsakssambandet mellan transfusionen av blodpreparat och patientens symptom

Kan inte bedömas Uteslutet (0) Inte troligt (0)

Möjligt (1) Sannolikt (2) Säkert (3)

FRIVILLIG RAPPORT AV EN VERKSAMHETSENHET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OM TRANSFUSION AV FEL BLODPREPARAT

AB0-fel RhD-fel K-fel Annat blodgruppsfel, specificera: _____

AB0-förenlig Annat fel, specificera (felaktig förvaring, obestrålat, otvättat preparat): _____

Bedömning av eventuella skadliga verkningars svårighetsgrad

Inga symptom Lindriga symptom Allvarliga symptom Dödsfall

Typ av skadlig verkning, specificera _____

Uppgifter om händelsen (hur och var inträffade felet)

Behandlande läkare/tfn	Rapportör/tfn
Plats, datum och kl.	Underskrift

 BLODTJÄNSTEN OMBEDS UNDERSÖKA BLODTRANSFUSIONENS SKADLIGA VERKNINGAR

Prover på patienten före blodtransfusionen (datum)	Prover på patienten efter blodtransfusionen (datum)
Prover på blodpreparaten (blodpreparatens nr, föregående sida)	
<input type="checkbox"/> slangen för förenlighetsprovet <input type="checkbox"/> rester av blodpreparatet <input type="checkbox"/> annat, specificera: _____	

BLODTJÄNSTEN FYLLER I

Proverna anlänt till Blodtjänsten (datum, kl.)			
Transportsätt			
Kall transport	Transfusionsaggregat	kvar vid blodpreparatet	slutet
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Preparatens utseende mm.			
Datum	Underskrift		