



CUESTIONARIO: PÚRPURA POSTRANSFUSIONAL

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____

Comunidad Autónoma: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de Transfusión: _____ (dd/mm/aaaa)

Fecha en que se detecta la complicación: _____ (dd/mm/aaaa)

Antecedentes:

Nº de Embarazos: _____

Transfusiones previas NO SI Intervalo desde la última _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Hematías Plaquetas PFC Otro _____Características : Desplasmalizado: Irradiado Otras: _____

Identificación: Nº de Unidad _____ Volumen transfundido: _____

Procedencia de la donación: Voluntaria Autóloga

DATOS CLÍNICOS

¿Indujo la transfusión una reacción de tipo febril?: SI NO

Intervalo entre la transfusión y la detección de la trombocitopenia: _____ días

Los datos clínicos más relevantes fueron:

- Petequias Equimosis
- Hemorragia menor (epistaxis, gingivorragias, hematuria)
- Hemorragia gastrointestinal
- Hemorragia pulmonar
- Hemorragia cerebral
- Detección accidental de un recuento bajo de plaquetas

El tratamiento efectuado consistió en:

- IgG IV Esteroides Antihistamínicos
- Plaquetas aleatorias Plaquetas fenotipo escogido (HPA-1a negativo u otras)

El desenlace de la complicación fué:

- Recuperación > 50 x 10⁹/L a los ____ días de la complicación y a los ____ días del inicio del tratamiento
- Éxito relacionado con la complicación
- Éxito debido a otra causa

ESTUDIO DE LA REACCIÓNEl recuento más bajo de plaquetas detectado fué: _____ x 10⁹/LEl recuento pretransfusional era de: _____ x 10⁹/LInvestigación Acs. Antiplaquetarios: SI NO

Resultado: _____

Especificar Técnica: _____

Fenotipo/Genotipo plaquetario: SI NO

Resultado: _____

Especificar Técnica: _____

CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDADSignos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa 1 Signos inmediatos con riesgo vital 2 Morbilidad a largo plazo 3 Muerte del paciente 4 **IMPUTABILIDAD:**No relación (aparentemente asociado a transfusión, con evidencia de que el componente no es la causa) 0 Posible (pudiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) 1 Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) 2 Seguro (demostrada su relación con la transfusión) 3 Registro Nacional: hemovigilancia@msc.es

Cortar por esta línea de puntos antes de enviar al Registro Nacional
(en caso de envío por correo electrónico no cumplimentar)

Notificación cumplimentada por el Dr/Dra: _____

Nº Colegiado: _____ Servicio y Centro: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Centro o Servicio de Transfusión: _____