



CUESTIONARIO: INFECCIÓN POST-TRANSFUSIONAL VÍRICA

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)

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Hematíes Plaquetas PFC Otro _____Características : Desplasmatisado: Irradiado Otras: _____

Identificación: N° de Unidad _____ Volumen transfundido: _____

Procedencia de la donación: Voluntaria Autóloga

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN TRANSFUSIONAL

1.- Elementos diagnósticos (marcar la casilla correspondiente):

Hemopatías

- | | |
|---|--------------------------|
| Hepatitis aguda | <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad hepática crónica | <input type="checkbox"/> |
| Carcinoma hepatocelular | <input type="checkbox"/> |
| Función hepática alterada (analítica rutinaria) | <input type="checkbox"/> |
| Marcadores de VHA/VHC/VHB (analítica rutinaria) | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> |

SIDA

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Sintomatología relacionada (no SIDA) | <input type="checkbox"/> |
| Síndrome SIDA | <input type="checkbox"/> |
| Marcadores de VIH | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> |

Otras infecciones virales

- | | |
|--|--------------------------|
| Infección sintomática por CMV | <input type="checkbox"/> |
| Infección sintomática por HTLV | <input type="checkbox"/> |
| Infección sintomática por Parvovirus B19 | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> |

2.- Curso clínico:

Fecha de inicio de la sintomatología:

Fecha del diagnóstico:

Fecha del último informe del receptor y situación en ese momento:

Asintomático

Con sintomatología

Fallecido a consecuencia de la infección

Fallecido por causa no relacionada con la infección

3.- ¿Tiene el receptor otros factores conocidos de riesgo para esta infección? (Drogadicción, contacto sexual/familiar con portador, cirugía, trasplante orgánico o de tejido, tratamiento con factores comerciales de coagulación, transfusiones en otro centro):

Si : No Desconocido

4.- Investigación de los donantes implicados. A cumplimentar por el Centro/Banco suministrador (Anexo I)

CONCLUSIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- 1.- La infección del receptor se produjo probablemente a través de la transfusión porque:**
- Se detecta error en el análisis/etiquetado/distribución de las unidades implicadas
 - Se detectaron marcadores positivos en las donaciones sucesivas del donante/s
 - Se detectaron marcadores positivos al volver a analizar la muestra/s archivada/s de la unidad/es

- 2.- No puede descartarse que la infección del receptor sea debida a la transfusión ya que:**
- No se pudo realizar análisis de muestras de donaciones posteriores
 - No se pudieron analizar muestras archivadas de la donación/es implicada/s.
 - No existen muestras archivadas ni donaciones sucesivas

- 3.- La infección del receptor probablemente no es debida a la transfusión por:**
- Las muestras archivadas y las donaciones sucesivas de los donantes implicados
 - han resultado negativas para los marcadores de la infección
 - Existe otra fuente conocida de infección en el receptor(especificar):

4.- Otras conclusiones:

CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

No signos	0 <input type="checkbox"/>
Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa	1 <input type="checkbox"/>
Signos inmediatos con riesgo vital	2 <input type="checkbox"/>
Morbilidad a largo plazo	3 <input type="checkbox"/>
Muerte del paciente	4 <input type="checkbox"/>

IMPUTABILIDAD:

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

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: _____

ANEXO I.- INVESTIGACIÓN DE LOS DONANTES IMPLICADOS:

1.- Proceso de análisis/etiquetado/distribución correcto en todas las unidades

2.- Proceso de comprobación incompleto _____ en unidades.

3.- Encontrado error en:

Analítica (especificar) _____

Etiquetado (especificar) _____

Distribución (especificar) _____

4.- Investigación de marcadores infecciosos de los donantes:

Muestras conservadas en archivo						
Número	Anti-VHA	ABsAg	Anti-VIH	Anto-VHC	RNA-VHC	RNA-VIH

Muestras seguimiento						
Número	Anti-VHA	ABsAg	Anti-VIH	Anto-VHC	RNA-VHC	RNA-VIH

5.- Historia clínica de los donantes

5.1.- ¿Relata algún donante síntomas sugestivos de infección pasada? Si No No sabe

En caso afirmativo, especificar y localizar al donante en la tabla anterior

5.2.- ¿Ha estado algún donante implicado en otro caso de infección transfusional? SI No No sabe

En caso afirmativo, localizar al donante en la tabla, y reseñar el/los caso/s