



CUESTIONARIO: REACCIÓN FEBRIL Y/O HIPOTENSIVA

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:

Embarazos NO SI

Transfusiones NO SI

Premedicación NO SI Especificar _____

Reacciones previas NO SI Describir _____

Momento De la reacción:

Durante la transfusión

Después de la transfusión → Especificar tiempo: _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Hematíes Plaquetas PFC Otro _____

Características : Desplasmatisado: Irradiado Leucorreducido Otras: _____

Identificación: N° de Unidad _____ Volumen transfundido: _____ Fecha extracción: _____

Procedencia de la donación: Voluntaria Autóloga

DATOS CLÍNICOS

Fiebre Escalofríos Tiritona

Cianosis Hipotensión Crisis hipertensiva

Disnea Náuseas/Vómitos Otros Describir: _____

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

Anti-HLA SI NO Especificidad _____

Antic. Anti-granulocitos SI NO Especificidad _____

Antic. Anti-plaquetarios SI NO Especificidad _____

CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

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 (podiera 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: _____