



## CUESTIONARIO: HEMOSIDEROSIS TRANSFUSIONAL

### DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de la enfermedad base: \_\_\_\_\_

Fecha en que se detecta la complicación: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaaa)

### Antecedentes:

Fecha de inicio de la terapéutica transfusional: \_\_\_\_\_ (dd/mm/aaaaa)

Nº de transfusiones recibidas en los últimos doce meses: \_\_\_\_\_

Nº transfusiones recibidas desde el diagnóstico (estimadas): \_\_\_\_\_

Tratamiento con quelantes de hierro Sí  No

En caso afirmativo, especificar dosis y vía de administración: \_\_\_\_\_

### DATOS CLÍNICOS

Ferritina \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Hemosiderosis por:

Biopsia hepática

Biopsia cutánea

Otras \_\_\_\_\_

### Diagnóstico Diferencial

¿Se han descartado otras causas de sobrecarga de hierro? Sí  No

En caso afirmativo, marcar las que han sido descartadas:

Hemocromatosis hereditaria

Enfermedad hepática crónica (cirrosis, etc)

Porfiria cutánea tarda

Atransferrinemia congénita

Hemosiderosis pulmonar idiopática

Hemosiderosis renal

**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](mailto: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: \_\_\_\_\_