



CUESTIONARIO: INFECCIÓN POST-TRANSFUSIONAL PARASITARIA

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales:

Fecha de Nacimiento: __/__/____ Sexo: H M

Comunidad Autónoma:

Diagnóstico:

Fecha de la transfusión: __/__/__ (DD/MM/AA)

Fecha del diagnóstico de la infección: __/__/__ (DD/MM/AA)

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo: Hematíes Plaquetas PFC Otro:

Características: Filtrado Irradiado Inactivado Otras:

Identificación: N° de Unidad Volumen transfundido:

Procedencia de la donación: Voluntaria Autóloga

ESTUDIO DE LA INFECCIÓN TRANSFUSIONAL

1.- Elementos diagnósticos:

ENFERMEDAD DE CHAGAS:

Sintomatología relacionada

Pruebas realizadas

Otros (especificar)

MALARIA (especificar parásito ej: *P. falciparum*, *P. vivax*...):

Sintomatología relacionada

Pruebas realizadas

Otros (especificar)

OTRAS INFECCIONES (especificar):

Sintomatología relacionada

Pruebas realizadas

Otros (especificar)

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 (pudiera 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"/>

.....
Cortar por esta línea de puntos antes de enviar al Registro

Notificación cumplimentada por el Dr / Dra:

Nº Colegiado: ----- Servicio y Centro :

Fecha: __ / __ / __ Firma: _____

Centro de Transfusión o Servicio de Transfusión:

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 en los donantes:

Muestras conservadas en archivo			
	E. Chagas	Malaria	Otra:
Número	Anti-T. cruzi	Pruebas realizadas y resultado	Pruebas realizadas y resultados

Muestras seguimiento			
	E.Chagas	Malaria	Otra:
Número	Anti-T. cruzi	Pruebas realizadas y resultado	Pruebas realizadas y resultados

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.- ¿Es algún donante hijo de madre positiva? (Descartar transmisión vertical) Si No No sabe

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

5.3.- ¿Ha nacido algún donante o recibido alguna transfusión en un país o zona donde la enfermedad sea endémica? Si No No sabe

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

5.4.- ¿Ha realizado alguna estancia o viajado el donante a algún país o zona donde la enfermedad sea endémica? Si No No sabe

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

5.5.- ¿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