



CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA DONACIÓN

DATOS DEL DONANTE

Iniciales: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Sexo: _____
Fecha de la donación: _____(DD/MM/AAAA) Comunidad Autónoma: _____

MOMENTO DEL INCIDENTE

En la donación
Post-donación

TIPO DE INCIDENTE

Donación de Sangre

Donación de Aféresis

Hematoma Infección local Náuseas y Vómitos Pérdida de conciencia
Punción arterial Alergia al desinfectante Movimientos clónicos Tetania
Fístula arteriovenosa Lesión neurológica Incontinencia
Tromboflebitis

Reacciones al Citrato Especificar _____
Mal funcionamiento de la máquina Especificar _____
Defecto del equipo Especificar _____
Problemas del acceso venoso Especificar _____
Otros Especificar _____

CARACTERÍSTICAS DE LA DONACIÓN:

En el propio Banco
En Equipos móviles:
 Unidad móvil
 Local habilitado
Circunstancias ambientales:
 Calor excesivo
 Frío
 Humedad
 Insuficiencia del local
Incidencias de la donación:
 Sangría alargada

CARACTERÍSTICAS DE LA DONACIÓN

Bajo Peso Ayuno superior a 5 horas
Reacciones previas Otras
Ansiedad Especificar: _____

Donante de 1ª vez _____
Donante habitual _____
Donante ocasional _____
Autodonación _____

En caso de inadecuada selección del Donante, se considera debido a:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Insuficiente formación del personal | <input type="checkbox"/> | Guía de Criterios de Exclusión incorrecta | <input type="checkbox"/> |
| Material de información inadecuado | <input type="checkbox"/> | Razones epidemiológicas no contempladas | <input type="checkbox"/> |

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"/> |

IMPUTABILIDAD:

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| No relación (aparentemente asociado a la donación, con evidencia de que la donación no es la causa) | 0 | <input type="checkbox"/> |
| Posible (podría estar relacionado o no a la donación) | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Sugestivo (efecto compatible con la donación y no explicable por otras) | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Seguro (demostrada su relación con la donación) | 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: _____