



CUESTIONARIO: REACCIONES HEMOLÍTICAS

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)

La transfusión se realizó en:

Área de urgencias: U.V.I.: Sala: Hospital de día: Quirófano: Otros: _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Hematíes Plaquetas Plasma Otros _____**Características** : Desplasmalizado: Irradiado Lavado Adición solución conservante Calentado Describa sistema de calentamiento _____Almacenado fuera del BS _____ horas/días**Identificación**: ¿Puede identificar claramente la unidad o unidades responsables?No Sí Especifique el volumen transfundido: _____

Especifique componentes recibidos en el último episodio transfusional: _____

Procedencia de la donación: Voluntaria Autóloga

DATOS CLÍNICOS

Los síntomas aparecieron:Durante la transfusión

En las siguientes _____ Horas/días

No hubo síntomas, se descubrió por: _____

Los síntomas y signos presentados por el paciente fueron:Fiebre Escalofríos Dolor lumbar Hemoglobinuria Hipotensión Ninguno

Otros: _____

El estado del paciente requirió:Ingreso en UVI Diálisis renal Otros _____

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

ESTUDIO SEROLÓGICO

I. PRETRANSFUSIONAL

Grupo ABO:	Rh (D):		
Escrutinio Acs. Irregulares:	Positivo <input type="checkbox"/>	Negativo <input type="checkbox"/>	No realizado <input type="checkbox"/>
	Identificación Acs. Irregulares: _____		
Pruebas cruzadas:	Positivas <input type="checkbox"/>	Negativas <input type="checkbox"/>	No realizadas <input type="checkbox"/>

II. POSTRANSFUSIONAL

Realizado No realizado

II.1 Grupo ABO, Rh (D) y Coombs Directo (CD) del paciente y de las unidades transfundidas

	Anti A	Anti B	Hematíes		Anti D	CD	Grupo ABO y Rh
			A1	B			
M. Pretransfusional.							
M. Posttransfusional							
Unidad							
Unidad							
Unidad							

II.2 Escrutinio Acs. Irregulares

	Positivo		Negativo
	Enzimas	AGT	
M. Pretransfusional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Posttransfusional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II.3 Escrutinio Acs. Irregulares

M. Pretransfusional: _____

M. Posttransfusional: _____

II.4 Eluido

Positivo Negativo No procede No realizado
Identificación: _____

II.5. Pruebas Cruzadas

M. Posttransfusional	ATG		M. Posttransfusional	ATG	
	Pos	Neg		Pos	Neg
Unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTROS ESTUDIOS

1.- El componente se infundió por:

Vía específica para la infusión Vía utilizada para administrar otra medicación

Especificar: _____

2.- ¿Se realizó cultivo del componente? Sí Resultados: _____ No: 3.- ¿Se realizó hemocultivo al enfermo? Sí Resultados: _____ No: 4.- En caso de una unidad/es implicadas, ¿se devolvió la unidad al banco? Sí: No:

CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO**1. La reacción transfusional se cataloga como:**

- Aguda Inmune y Hemolítica por incompatibilidad ABO
- Aguda Inmune y Hemolítica no ABO
- Aguda no Inmune y Hemolítica
- Inmune y Hemolítica de tipo retardada
- En su opinión cuál ha podido ser la causa del incidente (detallar):

2. En el caso de error en la administración del componente, indicar el/los fallos que se produjeron:*(Cumplimentar también el documento 5)*

- No se identificó activamente al receptor al efectuar la extracción
- Se extrajeron las muestras a otro paciente
- Los tubos se rotularon con los datos de otro paciente
- Las pruebas de compatibilidad se efectuaron incorrectamente
- Las pruebas de compatibilidad se efectuaron con las muestras de otro paciente
- No se efectuaron pruebas de compatibilidad o se efectuaron de forma incompleta
- En el último momento el Banco de Sangre suministró un componente erróneo
- No se identificó activamente el receptor antes de la transfusión
- No se recomprobó el grupo ABO en la cabecera del paciente
- Error detectado antes de la transfusión
- Otras causas: _____

El caso ¿ha sido comunicado al **COMITÉ DE TRANSFUSIÓN**?Sí No No existe **CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD**

- No signos 0
- Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa 1
- Signos inmediatos con riesgo vital 2
- Morbilidad a largo plazo 3
- Muerte del paciente 4

IMPUTABILIDAD:

- No relación (aparentemente asociado a transfusión, con evidencia de que el componente no es la causa) 0
- Posible (podiera estar relacionado o no a una causa no transfusional) 1
- Sugestivo (efecto compatible con la transfusión y no explicable por otras) 2
- Seguro (demostrada su relación con la transfusión) 3

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: _____