



CUESTIONARIO: REACCIÓN ALÉRGICA POST-TRANSFUSIONAL

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____

Comunidad Autónoma: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de Transfusión: _____ (dd/mm/aaaa)

Antecedentes: Transfusiones anteriores: SI NO Reacciones alérgicas anteriores: SI NO

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Hematíes Plaquetas PFC Otro: _____**Características** : Desplasmaticado: Irradiado Otras: _____**Identificación:** N° de Unidad _____ Volumen transfundido: _____**Procedencia de la donación:** Voluntaria Autóloga

DATOS CLÍNICOS

Manifestaciones Cutáneas Especificar: _____Manifestaciones Respiratorias Especificar: _____Manifestaciones Cardiovasculares Especificar: _____Manifestaciones Gastrointestinales Especificar: _____Otras Especificar: _____

El paciente requirió como consecuencia de la complicación:

Ingreso en UVI Ventilación asistida N° de días: _____Corticoides Adrenalina Otros

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

Anticuerpos anti-IgA SI NO

Especificar Técnica: _____

Determinación de IgA SI Resultado NO

Especificar Técnica: _____



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 (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"/> |

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: _____