



CUESTIONARIO: CONTAMINACIÓN BACTERIANA

DATOS DEL PACIENTE

Iniciales: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____

Comunidad Autónoma: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de la transfusión: _____ (dd/mm/aaaaa)

Antecedentes

Inmunodepresión	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desc. <input type="checkbox"/>
Fiebre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desc. <input type="checkbox"/>
Infección	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desc. <input type="checkbox"/>
Tratamiento antibiótico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Desc. <input type="checkbox"/>

DATOS DEL COMPONENTE

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

DATOS CLÍNICOS

Elevación de Temperatura Escalofríos Náuseas/Vómitos Diarrea Hipotensión Shock Otros: _____

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

A. COMPONENTE/S

1. Tinción de gram:

Muestra: Bolsa Segmento Equipo de Transfusión Muestra seroteca Otra: _____**Condición recogida de muestra:** Aséptica No estéril Otra: _____**Fecha de la tinción de gram:** _____**Resultados:** _____

2. Cultivos:

Muestra: Bolsa Segmento Equipo de Transfusión Muestra seroteca Otra: _____**Condición recogida de muestra:** Aséptica No estéril Otra: _____**Fecha cultivo:** _____**Resultado** (Identificación de organismo): _____**Método de cultivo:** Aerobio Anaerobio

B. PACIENTE**Pretransfusional**

Cultivo de sangre Fecha: _____
 Resultado: _____

Postransfusional

Cultivo de sangre Fecha: _____
 Resultado: _____

C. DONANTE

Síntomas antes de la donación: SI NO

Después de la donación: SI NO

Especificar: _____

Cultivos: SI Fecha: _____ Resultado: _____
 NO

Implicación otros receptores: SI → ¿Han sido objeto de comunicación?: SI NO
 NO

CUANTIFICACIÓN DE LA GRAVEDAD

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 (podría 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: _____