



CUESTIONARIO: EDEMA PULMONAR

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)

Antecedentes:

Antes de producirse la reacción, el paciente ya presentaba:

Insuficiencia respiratoria SI NO Sepsis SI NO Enfermedades del aparato respiratorio SI NO Indicar: _____Enfermedades cardíacas SI NO Indicar: _____

DATOS DEL COMPONENTE

Tipo Hematías Plaquetas PFC Otro _____Características : Desplasmalizado: Irradiado Otras: _____

Identificación: N° de Unidad _____ Volumen transfundido: _____

Procedencia de la donación: Voluntaria Autóloga

DATOS CLÍNICOS

Los signos y síntomas presentados por el paciente fueron:

Fiebre Hipotensión Disnea ↓ PO₂ ↑ P CO₂ Cambios radiológicos Indicar _____

El paciente requirió como consecuencia de la complicación::

Ingreso en UVI Ventilación asistida N° de días: _____

Diagnóstico:

Edema Cardiogénico Edema NO Cardiogénico

El tratamiento administrado consistió en:

Esteroides Especificar tipo y dosis: _____Antihistamínicos Especificar tipo y dosis: _____Diuréticos

ESTUDIO DE LA REACCIÓN

¿Se ha llevado a cabo un estudio serológico? SI NO

En el Donante/s

Resultado: _____

Especificar Técnicas: _____

En el Receptor

Resultado: _____

Especificar Técnicas: _____

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 (podría 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: _____