

## CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA TRANSFUSIÓN

### Questionario: Reacción febril y/o hipotensiva

#### Datos del paciente

Fecha de nacimiento:  Sexo: Hombre  Mujer

Servicio hospitalario:

#### Antecedentes:

Transfusiones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Cirugía	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Embarazos	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Inmunodepresión	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	
Reacción transfusional previa	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desc. <input type="radio"/>	Tipo de reacción: <input type="text"/>

#### Datos del componente

Tipo: Hematíes

##### Indicaciones

Anemia aguda por hemorragia	<input type="checkbox"/>
Anemia aguda por otras causas	<input type="checkbox"/>
Anemia crónica	<input type="checkbox"/>
Anemia perioperatoria	<input type="checkbox"/>
Anemia y cardiopatía	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica autoinmune	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica congénita	<input type="checkbox"/>
Anemia hemolítica otras causas	<input type="checkbox"/>
Anemia del prematuro	<input type="checkbox"/>
Otras causas	<input type="checkbox"/>

##### Características

Sangre total	<input type="checkbox"/>	Irradiado	<input type="checkbox"/>
Leucorreducidos	<input type="checkbox"/>	Lavado	<input type="checkbox"/>
Exanguinotransfusión	<input type="checkbox"/>	Eritroaféresis	<input type="checkbox"/>
Uso neonatal	<input type="checkbox"/>	Transfusión intrauterina	<input type="checkbox"/>

##### Identificación

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de extracción:

Plaquetas

##### Indicaciones

Trombocitopenia. Profilaxis de sangrado	<input type="checkbox"/>
Trombocitopenia. Hemorragia	<input type="checkbox"/>

- Trombocitopenia. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria congénita. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria congénita. Profilaxis procedimiento invasivo
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis de sangrado
- Disfunción plaquetaria adquirida. Hemorragia
- Disfunción plaquetaria adquirida. Profilaxis procedimiento invasivo

*Características*

- |                 |                          |                 |                          |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Irradiado       | <input type="checkbox"/> | Leucorreducido  | <input type="checkbox"/> |
| Pool            | <input type="checkbox"/> | Tromboaféresis  | <input type="checkbox"/> |
| HLA compatibles | <input type="checkbox"/> | HPA compatibles | <input type="checkbox"/> |
| Uso neonatal    | <input type="checkbox"/> | Inactivados     | <input type="checkbox"/> |

*Identificación*

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de la extracción:

**Plasma**

*Indicaciones*

- Hemorragia aguda con coagulopatía por consumo
- Hemorragia aguda con coagulopatía por anticoagulante
- Hemorragia aguda con coagulopatía por enfermedad hepática
- Hemorragia aguda con coagulopatía de otras causas
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por anticoagulantes
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía por enfermedad hepática
- Profilaxis procedimiento invasivo en coagulopatía de otras causas
- Coagulación intravascular diseminada
- Recambio plasmático terapéutico
- Deficiencia aislada de factor de la coagulación
- Otros motivos

*Características*

- Azul metileno  Cuarentenado

*Identificación*

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de la extracción:

**Granulocitos**

*Indicaciones*

- Neutropenia asociada a infección
- Disfunción de los neutrófilos asociada a infección
- Otras

Características

Buffy  Leucorreducido

Identificación

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de la extracción:

Otros

Identificación

Nº de unidad:  Volumen transfundido (ml):  Fecha de la extracción:

Procedencia de la donación:

Alogénica

Autóloga

Datos de la Transfusión

Fecha de la Transfusión:  Hora Transfusión:

Prioridad

Rutina

Emergencia

Desconocida

Localización

Urgencias

Planta

Quirófano

UVI

Hospital de día

Hospitalización a domicilio

Otros

Servicio solicitante

Cardiología

Cirugía Gral. y Digestiva

Digestivo

Ginecología-Obstetricia

Hematología Clínica

Medicina Intensiva

Medicina Interna

Nefrología

Oncología Médica

Pediatría

Traumatología y C. Ortopédica

Urgencias

Urología

Otros

Momento del incidente

Durante la transfusión

Después de la transfusión  Especificar tiempo  Minutos  Horas  Días  Meses

Datos del paciente

Antecedentes

Premedicación  Sí  No

Especificar

Reacciones previas  Sí  No

Especificar

## Datos Clínicos

- Fiebre
- Cianosis
- Disnea
- Escalofríos
- Hipotensión
- Náuseas/Vómitos
- Tiritona
- Crisis Hipertensiva
- Otros

Describir:

## Estudio de la reacción

Anti-HLA  Sí  No

Especificar

Antic. Anti-Granulocitos  Sí  No

Especificar

Antic. Anti-Plaquetarios  Sí  No

Especificar

## Cuantificación de la gravedad

- Signos inmediatos sin riesgo vital y resolución completa 1
- Signos inmediatos con riesgo 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