

 A.S.L. NO 28100 Novara Tel. 0322 848481 Fax 0322 845005	S.I.M.T. BORGOMANERO Viale Zoppis 10 – 28021 Borgomanero	CODICE MOD 023 Emesso il: 29/01/2014 Valido dal: 29/01/2014
	MODULO RILEVAZIONE REAZIONE TRASFUSIONALE	Revisione 02 Pagina 1 di 1
Redatta da: RESPONSABILE QUALITA'	Approvata da: DIRIGENTE STRUTTURA COMPLESSA	

PRESIDIO _____ **Reparto** _____

(1) RICEVENTE Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ___ / ___ / ____ Sesso M / F Gravidanze: NO / SI n° _____ DIAGNOSI _____ INDICAZIONI ALLA TRASFUSIONE _____ TRASFUSIONI PRECEDENTI: NO / SI n° _____ REAZIONI PRECEDENTI: NO / SI n° _____																															
(2) EMOCOMPONENTE UTILIZZATO (autologo compreso) N° di IDENTIFICAZIONE DELL'UNITA' Tipo: _____																															
(3) TRASFUSIONE DATA E ORA DI INIZIO ___ / ___ / ___ h. _____ TRASFUSIONE INTERROTTA: NO/ SI QUANTITA' INFUSA: ml _____ TEMPO INTERCORSO FRA L'INIZIO DELLA TRASFUSIONE E LA REAZIONE _____ (min; ore; giorni)																															
(4) SINTOMATOLOGIA (selezionare le voci interessate e completare ove richiesto) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Orticaria/ponfi</td> <td><input type="checkbox"/> Prurito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Senso di angoscia</td> <td><input type="checkbox"/> Nausea/vomito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cefalea</td> <td><input type="checkbox"/> Anafilassi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Shock</td> <td><input type="checkbox"/> Febbre (> della T° di _____ C°)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bradicardia: frequenza _____ min</td> <td><input type="checkbox"/> Brividi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tachicardia: frequenza _____ min</td> <td><input type="checkbox"/> Dolore (sede _____)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Costrizione toracica</td> <td><input type="checkbox"/> Precordialgie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sindrome emorragica</td> <td><input type="checkbox"/> Cianosi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diarrea</td> <td><input type="checkbox"/> Ipo/Ipertensione: PA _____ / _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dispnea</td> <td><input type="checkbox"/> Emoglobinuria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Broncospasmo</td> <td><input type="checkbox"/> Oligo-anuria</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tosse</td> <td><input type="checkbox"/> C.I.D.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Porpora</td> <td><input type="checkbox"/> Trombocitopenia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Subittero/ittero</td> <td><input type="checkbox"/> Rialzo transaminasi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ALTRO _____</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Orticaria/ponfi	<input type="checkbox"/> Prurito	<input type="checkbox"/> Senso di angoscia	<input type="checkbox"/> Nausea/vomito	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Anafilassi	<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Febbre (> della T° di _____ C°)	<input type="checkbox"/> Bradicardia: frequenza _____ min	<input type="checkbox"/> Brividi	<input type="checkbox"/> Tachicardia: frequenza _____ min	<input type="checkbox"/> Dolore (sede _____)	<input type="checkbox"/> Costrizione toracica	<input type="checkbox"/> Precordialgie	<input type="checkbox"/> Sindrome emorragica	<input type="checkbox"/> Cianosi	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Ipo/Ipertensione: PA _____ / _____	<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Emoglobinuria	<input type="checkbox"/> Broncospasmo	<input type="checkbox"/> Oligo-anuria	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> C.I.D.	<input type="checkbox"/> Porpora	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia	<input type="checkbox"/> Subittero/ittero	<input type="checkbox"/> Rialzo transaminasi	<input type="checkbox"/> ALTRO _____	
<input type="checkbox"/> Orticaria/ponfi	<input type="checkbox"/> Prurito																														
<input type="checkbox"/> Senso di angoscia	<input type="checkbox"/> Nausea/vomito																														
<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Anafilassi																														
<input type="checkbox"/> Shock	<input type="checkbox"/> Febbre (> della T° di _____ C°)																														
<input type="checkbox"/> Bradicardia: frequenza _____ min	<input type="checkbox"/> Brividi																														
<input type="checkbox"/> Tachicardia: frequenza _____ min	<input type="checkbox"/> Dolore (sede _____)																														
<input type="checkbox"/> Costrizione toracica	<input type="checkbox"/> Precordialgie																														
<input type="checkbox"/> Sindrome emorragica	<input type="checkbox"/> Cianosi																														
<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Ipo/Ipertensione: PA _____ / _____																														
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Emoglobinuria																														
<input type="checkbox"/> Broncospasmo	<input type="checkbox"/> Oligo-anuria																														
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> C.I.D.																														
<input type="checkbox"/> Porpora	<input type="checkbox"/> Trombocitopenia																														
<input type="checkbox"/> Subittero/ittero	<input type="checkbox"/> Rialzo transaminasi																														
<input type="checkbox"/> ALTRO _____																															
(5) INFEZIONI VIRALI POST-TRASFUSIONALI (selezionare le voci interessate e completare ove richiesto) Positività per: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> HIV</td> <td><input type="checkbox"/> HCV</td> <td><input type="checkbox"/> HBV</td> <td><input type="checkbox"/> CMV</td> <td><input type="checkbox"/> Altro</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> Altro																									
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> HCV	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> Altro																											
(6) TERAPIA _____ _____																															
HO AVVISATO APPENA POSSIBILE IL SIMT.? []SI []NO HO INVIATO I CAMPIONI PER LE INDAGINI? []SI []NO SE NO MOTIVO _____ SE NO MOTIVO _____																															

DATA _____ TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO SEGNALATORE _____