|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr 258 / 1**  Blanketten används även som remiss för undersökning  av skadliga verkningar av en blodtransfusion | | | | | | | | | **RAPPORT (788)**  **om allvarlig skadlig verkning till följd av transfusion av blodpreparat och transfusion av fel blodpreparat** (verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård) | | | | | | | | | | |
| Verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård / avdelning / tfn / fax | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Blodcentral vid verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård / tfn / fax | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patientens namn | | | | | | | | | | Personbeteckning | | | | | | Blodgrupp        RhD | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnos | | | | | | | | | | Orsak till blodtransfusionen | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tidigare blodtransfusioner  Nej  Ja, år: | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Konstaterade erytrocytantikroppar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UPPGIFTER OM DE TRANSFUSERADE BLODPREPARATEN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Var har blodpreparatet transfunderats (operationssal, intensivvårdsavdelning, bäddavdelning, annan plats) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transfuserade blodpreparat under de föregående 24 timmarna för symptom (vid behov kopia av blodtransfusionsblanketten) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Preparat  (Er, Tr, FFP) | | Enhetsnummer | | Slangen för  förenlighetsprovet | | | | | | | Datum | | Transfusionen (kl.) | | | | Mängd | | Reaktion |
| Nr |  |  | | Nummer | | | | | | |  | | Började | | Slutade | | (ml) | | Ja Nej |
|  |  |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  |
| Läkemedelsbehandling som eventuellt orsakat symptom (tidpunkt i förhållande till symptomen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SKADLIGA VERKNINGAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Symptomen började (datum och tid) | | | | | | | | Symptomen slutade (datum och tid) | | | | | | | | | | | |
|  | | | Tidpunkt datum, kl. | | | | Temperatur °C | | | | | Syresättning pO2/oximetri | | RR mmHg | | | | Puls/ min | |
| Före transfusionen | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | |
| Medan symptomen uppträder | | |  | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Symptom och fynd**  Chock  Illamående/kräkningar  Bröstsmärta  Smärta i korsrygg/mage  Oro  Andnöd  Frossa  Klåda  Urticaria  Röd plasma  Röd urin  Annat, vad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CRP före transfusionen (datum/resultat) | | | | | | | | CRP efter transfusionen (datum/resultat) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Behandling**  Intensivvård  Återupplivning  Respirator  Adrenalin  Dopamin  Diuretikum  Extra syrgas  Kortison  Antihistamin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paracetamol  Annat, specificera: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Antibiotika  före transfusionen  efter transfusionen  inga åtgärder | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Fimea 4.2017 Blankett fastställd av social- och hälsovårdsministeriet Nr 258/1 - 788

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Akut hemolys  Fördröjd hemolys (inte transfusion av fel blodpreparat) | | | | | | | | | |
| Orsak till hemolys  Immunologisk:  anti-A/anti-B  Andra antikroppar, specificera: | | | | | |  | | | |
| Icke immunologisk, specificera (t.ex. felaktig förvaring av preparatet): | | | | | | | | | |
| TRALI (transfusionsrelaterad akut lungskada)  TACO (transfusionsrelaterad cirkulatorisk överbelastning) | | | | | | | | | |
| Lung-RTG efter symptomens början (datum, kl.): | | | | | | | | | |
| Anafylaktisk reaktion  PTP (posttransfusionspurpura)  GvHD (graft-versus-host reaktion) | | | | | | | | | |
| Sepsis efter blodtransfusion | | | | | | | | | |
| Blododling före transfusionen (datum, kl.): | |  | | | resultat: | |  | | |
| Blododling efter transfusionen (datum, kl.): | | | | | resultat: | | | | |
| Misstanke om annan smitta till följd av blodtransfusion (HBV, HCV, HIV, HTLV, malaria, annan) specificera: | | | | | | | | | |
| Annan allvarlig skadlig verkning, specificera: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Bedömning av de skadliga verkningarnas svårighetsgrad**  Inga symptom  Lindriga symptom  Allvarliga symptom  Dödsfall | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Bedömning av orsakssambandet mellan transfusionen av blodpreparat och patientens symptom**  Kan inte bedömas  Uteslutet (0)  Inte troligt (0)  Möjligt (1)  Sannolikt (2)  Säkert (3) | | | | | | | | | |
| **FRIVILLIG RAPPORT AV EN VERKSAMHETSENHET FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRD OM TRANSFUSION AV FEL BLODPREPARAT** | | | | | | | | | |
| AB0-fel  RhD-fel  K-fel  Annat blodgruppsfel, specificera: | | | | | | | |  | |
| AB0-förenlig  Annat fel, specificera (felaktig förvaring, obestrålat, otvättat prepratat): | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Bedömning av eventuella skadliga verkningars svårighetsgrad**  Inga symptom  Lindriga symptom  Allvarliga symptom  Dödsfall | | | | | | | | | |
| Typ av skadlig verkning, specificera | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Uppgifter om händelsen** (hur och var inträffade felet) | | | | | | | | | |
| Behandlande läkare/tfn | | | | Rapportör/tfn | | | | | |
| Plats, datum och kl. | | | | Underskrift | | | | | |
| **BLODTJÄNSTEN OMBEDS UNDERSÖKA BLODTRANSFUSIONENS SKADLIGA VERKNINGAR** | | | | | | | | | |
| Prover på patienten före blodtransfusionen (datum) | | | Prover på patienten efter blodtransfusionen (datum) | | | | | | |
| Prover på blodpreparaten (blodpreparatens nr, föregående sida)  slangen för förenlighetsprovet  rester av blodpreparatet  annat, specificera: | | | | | | | | | |
| **BLODTJÄNSTEN FYLLER I** | | | | | | | | | |
| Proverna anlänt till Blodtjänsten (datum, kl.) | | | | | | | | | |
| **Transportsätt** | | | | | | | | | |
| Kall transport  Ja  Nej | Transfusionsaggregat  Ja  Nej | | kvar vid blodpreparatet  Ja  Nej | | | | | | slutet  Ja  Nej |
| Preparatens utseende mm. | | | | | | | | | |
| Datum | | | | Underskrift | | | | | |

Fimea 4.2017 Blankett fastställd av social- och hälsovårdsministeriet Nr 258/1 – 789