



فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده های آن

۱- مشخصات بیمار (تکمیل توسط پرستار)

نام خانوادگی:	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد:	/ /
نام کامل بیمارستان / مرکز درمانی:	بخش محل بروز عارضه:		
استان محل بیمارستان:	شماره پذیرش / پرونده:		

۲- وضعیت بالینی (تکمیل توسط پرستار)

علت بستری: میزان Hb قبل از تزریق:

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده: شمارش پلاکت قبل از تزریق:

سابقه حاملگی / سقط جنین (در طول زندگی): بلی خیر در صورت وجود سابقه، زمان آخرین حاملگی یا سقط: در کمتر از سه ماه گذشته در بیشتر از سه ماه گذشته

تاریخچه بیماری: فشار خون بیماری قلبی و عروقی بیماری ریوی اختلال انعقادی بیماری کلیوی آلرژی بیماری کبدی

سابقه قبلی تزریق خون و فرآورده: بلی (در کمتر از سه ماه گذشته) خیر سابقه قبلی واکنش به تزریق خون: بلی خیر

در صورت مصرف آنتی بیوتیک در بستری فعلی، نام آخرین آنتی بیوتیک، تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز:

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

<input type="checkbox"/> Whole blood <input type="checkbox"/> RBC (Packed Cell) <input type="checkbox"/> Leukoreduced RBC <input type="checkbox"/> Washed RBC <input type="checkbox"/> Washed Leukoreduced RBC <input type="checkbox"/> RDP (Random Donor Platelet) <input type="checkbox"/> SDP (Single Donor Platelet) <input type="checkbox"/> Pooled PLT <input type="checkbox"/> Irradiated RDP <input type="checkbox"/> Irradiated SDP	<input type="checkbox"/> کیسه خون اطفال <input type="checkbox"/> Irradiated RBC <input type="checkbox"/> Irradiated Leukoreduced RBC <input type="checkbox"/> FFP (Fresh Frozen Plasma) <input type="checkbox"/> Cryo Precipitate <input type="checkbox"/> CPP (Cryo Poor Plasma)	نام فرآورده، ABO و Rh کیسه منجر به بروز عارضه: شماره کیسه منجر به بروز عارضه: Collection date: تاریخ تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: ساعت شروع تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/> عارضه حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده، ساعت بروز عارضه: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm ساعت قطع تزریق: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm حجم تقریبی تزریق شده از کیسه تا زمان بروز عارضه بر حسب میلی لیتر: آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر ← ساعت شروع مجدد تزریق: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm ساعت اتمام تزریق: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/> کیسه بطور کامل تزریق شده (یعنی بروز عارضه پس از اتمام تزریق رخ داده)، ساعت اتمام تزریق: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: <input type="checkbox"/> تحت بیهوشی عمومی (در اتاق عمل) <input type="checkbox"/> تحت بیهوشی اسپینال (در اتاق عمل) <input type="checkbox"/> هیچکدام
توضیحات: نوع فرآورده، گروه خون، Rh و شماره کیسه های تزریق شده طی ۲۴ ساعت قبل از بروز عارضه (خوانا و واضح): تعداد در مجموع (به جز کیسه عارضه): روش گرم کردن؟		چنانچه کیسه منجر به بروز عارضه، حاوی RBC (گلوبول قرمز) بوده، آیا گرم شده؟ روغن گرم کردن؟

فقط یکی از این دو قسمت باید با توجه به فرآیند تزریق کیسه منجر به عارضه تکمیل شود.

۴- علائم، نشانه های بالینی و نتایج آزمایشگاهی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته تشدید یافته است.

<input type="checkbox"/> تب (افزایش درجه حرارت > یا = ۱ درجه سانتی گراد) <input type="checkbox"/> درد قفسه سینه <input type="checkbox"/> بی قراری <input type="checkbox"/> قرمزی پوستی (راش) <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> کاهش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه) <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه) سایر علائم:	<input type="checkbox"/> سردرد <input type="checkbox"/> درد پشت <input type="checkbox"/> لرز <input type="checkbox"/> کم شدن حجم ادرار <input type="checkbox"/> تغییر رنگ ادرار <input type="checkbox"/> کهیر <input type="checkbox"/> تاکی پنه (تنفس مساوی یا بیش از ۲۸ بار در دقیقه) <input type="checkbox"/> استفراغ <input type="checkbox"/> برادی کاردی (افت ضربان قلب به ۶۰ یا کمتر از ۶۰ بار در دقیقه) <input type="checkbox"/> تاکی کاردی (افزایش ضربان قلب به ۱۰۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه)	<input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> احساس ناخوشی <input type="checkbox"/> استریدور <input type="checkbox"/> رال ریه <input type="checkbox"/> گر گرفتگی <input type="checkbox"/> ویز <input type="checkbox"/> تهوع <input type="checkbox"/> تپ (افزایش درجه حرارت > یا = ۱ درجه سانتی گراد) <input type="checkbox"/> درد شکم <input type="checkbox"/> بی قراری <input type="checkbox"/> قرمزی پوستی (راش) <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> کاهش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه) <input type="checkbox"/> افزایش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه) سایر علائم:	علائم حیاتی بیمار درجه حرارت تعداد نبض فشار خون تعداد تنفس
--	---	---	--

نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع عارضه: انفیلتراسیون دوطرفه بزرگی سایز قلب احتقان عروق ریوی سایر موارد:

ب- نتایج آزمایشگاهی:

وجود Hb آزاد در ادرار: منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>	بعد از تزریق	قبل از تزریق
وجود Hb آزاد در خون (هموگلوبینمی): منفی <input type="checkbox"/> مثبت <input type="checkbox"/>		
میزان O2 Saturation (پالس اکسی متری یا ABG):		

نتیجه کشت خون بیمار:

نتیجه رنگ آمیزی گرم خون بیمار:

میزان پتاسیم، کلسیم، بیلی روبین، BUN، کراتینین، ALT, LDH, PH (در صورت انجام):

شماره سری استان

نام بیمارستان:

نام و نام خانوادگی بیمار:

۵- تشخیص و شدت نوع عارضه (تکمیل توسط پزشک)

الف) تشخیص نوع عارضه: (تنها یک عارضه انتخاب شود که همخوانی بیشتری با علایم دارد).
 - واکنش تب زای غیر همولیتیک (FNHTR)^{*1} - واکنش آلرژیک (Allergic Reaction) - آنافیلاکسی
 - تنگی نفس وابسته به تزریق خون ^{*2}(TAD) - ^{*3}(TRALI) - ^{*4}(TACO) - ^{*5}(PTP) - ^{*6}(TA-GVHD)
 - افت فشار خون وابسته به تزریق خون (فقط در صورت مصرف داروهای ACEI^{*7} مانند کاپتوپریل و انالپریل و ...)

Hemolytic Transfusion Reaction - (HTR)
 - Acute - Immune - ABO Incompatible Blood - Immune
 - Delayed - Non Immune - Allo antibodies - Non Immune
 - پروژ خطا در بخش بیمارستان } عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام نمونه گیری
 - پروژ خطا در بانک خون بیمارستان } ارسال اشتباه کیسه فرآورده از بانک خون
 - پروژ خطا در بانک خون بیمارستان } اشتباهات تکنیکی و دفتری در تعیین گروه خون

TTI^{*8} -
 - ویرال - HIV - سایر تشخیصی ها
 - باکتریال - HBV - توضیحات:
 - انگلی - HCV
 - سایر عفونت ها - Other Viral Infections

ب) شدت عارضه: خفیف (درجه ۱) شدید (درجه ۲) تهدید کننده حیات (درجه ۳ نظیر شوک) مرگ (درجه ۴)
 در صورت مرگ، توضیح شرایط منجر به مرگ:

۶- اقدامات درمانی انجام شده پس از بروز عارضه ناشی از تزریق خون یا فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

تجویز تب بر تجویز مسکن تجویز آنتی هیستامین تجویز استروئید تجویز دیورتیک تجویز وازوپرسورها
 تجویز آنتی بیوتیک تجویز اکسیژن تهیه مکانیکی انتقال به ICU - جزییات:
 آیا بیمار از محل تزریق خون، به طور همزمان، دارو یا محلول تزریقی دیگری به جز نرمال سالین دریافت کرده؟ با ذکر نام:

۷- قابلیت استناد عارضه (به تعاریف در انتهای ضمیمه دقت شود) - (تکمیل توسط پزشک)

قطعی) Certain (محتمل) Probable (ممکن) Possible (احتمال اندک) Unlike یا Exclude (بدون ارتباط) Not Applicable

۸- وضعیت بالینی بیمار مرتبط با عارضه ناشی از تزریق خون یا فرآورده خونی (تکمیل توسط پزشک)

کاملاً بهبود یافته ناتوانی جزئی یا مختصر ناتوانی شدید یا نقص عضو دائمی مرگ
 انتقال به بیمارستان دیگر نام بیمارستان مقصد:

۹- افراد مرتبط

نام و نام خانوادگی پرستار تزریق کننده: مهر:
 نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مهر:

نام و نام خانوادگی پزشک معالج: امضاء و مهر نظام پزشکی:
 تاریخ:

نام و نام خانوادگی پزشک ارشد هموئیزلانس: امضاء و مهر نظام پزشکی:
 تاریخ:

۱۰- دفتر هموئیزلانس پایگاه انتقال خون

نام پایگاه انتقال خون بررسی کننده: تاریخ دریافت فرم گزارش عارضه از بیمارستان:
 اعلام نظر توسط واحد هموئیزلانس پایگاه انتقال خون: ۱- نوع عارضه: ۲- قابلیت استناد:
 نام و نام خانوادگی پزشک هموئیزلانس پایگاه انتقال خون: مهر و امضاء:

ضمیمه

- * 1- FNHTR: Febrile Non Hemolytic Transfusion Reaction
- * 2- TAD: Transfusion Associated Dyspnea
- * 3- TRALI: Transfusion Related Acute Lung Injury
- * 4- TACO: Transfusion Associated Circulatory Overload
- * 5- PTP: Post Transfusion Purpura
- * 6- TA-GVHD: Transfusion Associated- Graft Versus Host Disease
- * 7- ACEI: Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors
- * 8- TTI: Transfusion Transmitted Infection

* میزان قابلیت استناد عوارض ناشی از تزریق خون یا فرآورده:

بدون ارتباط) Not Applicable
 (احتمال اندک) Exclude یا Unlike
 (ممکن) Possible
 (محتمل) Probable
 (قطعی) Certain

لطفاً پس از تکمیل هر دو روی فرم، حداکثر ظرف ۴۸ ساعت پس از وقوع عارضه، آن را از طریق دوربینار و یا تهیه اسکن از پشت و روی فرم و ایمیل به پایگاه انتقال خون ارسال نمایید و از دریافت فرم توسط مسئول هموئیزلانس پایگاه اطمینان حاصل فرمایید. اصل فرم تا زمان تحویل به پایگاه انتقال خون در دفتر پرستاری و کپی آن در پرونده بیمار نگهداری شود.