

Zpráva o nežádoucí reakci po transfuzi

Jméno a příjmení:				Oddělení:		
Rodné číslo:	é číslo: Dg.:			Pojišťovna:		
Indikace k transfuzi:						
Předtransfuzní anamnéza: předchozí transfuze:antierytrocytární protilátky: porody, aborty:potransfuzní reakce: alergie Aplikované transfuzní přípravky: Uveďte všechny bezprostředně po sobě podané přípravky, které předcházely reakci:						
Druh přípravku číslo přípravk					Datum/čas	
	-				aplikace	
Další doprovodná léčba					1	
□ pocení □ kopřívka, vyrážka □ hemoly □ zimnice, třesavka □ horečka (T- zvýšení > 1°C) □ febrilní □ dušnost □ bronchospamus, tachypnoe □ alergick □ svědění kůže □ pokles krevního tlaku(> 20 mmHg) □ plicní r □ pocit závratě □ hemoglobinurie / anurie □ anafylal □ nevolnost □ tachykardie, arytmie □ septická				ká reakce reakce aktická reakce tá reakce upeň reakce		
Krevního centra Ostrava k rekonstrukci a přešetření.						
Průběh a léčba:						
Trvání reakce: Datum a hodina	Začátek NÚ:		Konec NÚ:			
Výskyt NÚ: opak			se 🗆			
Úmrtí: ano □ ne □ Požadována pitva: ano □ ne □						
datum hlášení	 jn	nenovka a podpis lé	······································	razítk	co oddělení	