

I. IDENTIFICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN									
RAZÓN SOCIAL					DIRECCIÓN:				
TELÉFONOS					CIUDAD: <span style="float: right;">DEPARTAMENTO:</span>				
SERVICIO HOSPITALARIO EN DONDE SE REPORTA EL CASO									
2. DATOS DEL DILIGENCIAMIENTO									
REPORTE REALIZADO POR					CARGO			FECHA DEL REPORTE	
								DD	MM
								AAAA	
3. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE									
NOMBRES					APELLIDOS				
SEXO		FECHA DE NACIMIENTO			EDAD		NÚMERO HISTORIA CLÍNICA		
FEMENINO	MASCULINO	DD	MM	AAAA	AÑOS	MESES			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Registro <input type="checkbox"/> T. de Id <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> C Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte							NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
TIPO DE REGIMEN EN SALUD <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Excepción <input type="checkbox"/> Especial <input type="checkbox"/> No afiliado							NOMBRE ADMINISTRADORA DE SERVICIOS EN SALUD		
DIRECCIÓN RESIDENCIA					DEPARTAMENTO		CIUDAD		TELÉFONOS
4. DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA									
ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					FECHA ÚLTIMO ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL			DD	MM
								AAAA	
Diagnóstico del antecedente Transfusional					Componente(s) Transfundido(s)				
ANTECEDENTES DE REACCIONES ADVERSAS TRANSFUSIONALES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI					FECHA		DD	MM	AAAA
Tipo de reacción transfusional (de acuerdo con la clasificación del protocolo)									
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS (Gestación, Partos, Abortos)					ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CIE 10)			OTROS DIAGNÓSTICOS (CIE 10)				GRUPO SANGUÍNEO (ABO, Rh)		
MEDICACIÓN PREVIA A LA TRANSFUSIÓN					MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA LA TRANSFUSIÓN				
					VALOR Hb		VALOR INR		RECuento PLAQUETAS
5. INCIDENTES SIN EFECTO									
<input type="checkbox"/> Error humano <input type="checkbox"/> Falla de equipo					MOMENTO DE LA OCURRENCIA: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Fin de semana				
5.1. CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DEL ESLABÓN DE LA CADENA EN QUE SE DETECTÓ									
<input type="checkbox"/> Prescripción		<input type="checkbox"/> Identificación del Paciente		<input type="checkbox"/> Disponibilidad de Componentes		<input type="checkbox"/> Procesos en Banco de Sangre			
<input type="checkbox"/> Procesos Laboratorio		<input type="checkbox"/> Sin clasificar							

## 6. ERROR EN LA ADMINISTRACIÓN DEL COMPONENTE SANGUÍNEO

☐ Error humano ☐ Falla de equipo MOMENTO DE LA OCURRENCIA: ☐ Diurno ☐ Nocturno ☐ Fin de semana

### 6.1. CLASIFICACIÓN EN FUNCIÓN DEL TIPO DE ERROR

- ☐ Paciente Incorrecto ☐ Incompatibilidad Rh-D  
☐ Tipo de Componente Inadecuado ☐ Incompatibilidad Otros Sistemas Sanguíneos  
☐ Volumen de Componente Inadecuado ☐ Error en la Administración de Gamaglobulina Anti-D  
☐ Incompatibilidad ABO ☐ Otros

### 6.2. NIVEL EN QUE SE PRODUJO

- ☐ Prescripción ☐ Identificación del Paciente ☐ Disponibilidad de Componentes ☐ Procesos en Banco de Sangre  
☐ Procesos Laboratorio ☐ Sin clasificar

## 7. REACCIÓN ADVERSA A LA TRANSFUSIÓN

Momento de presentación de la reacción:

☐ Durante la transfusión

☐ Posttransfusión

HORAS DÍAS MESES

Fecha de la transfusión:

DD MM AAAA

Hora de inicio transfusión:

Fecha inicio de la reacción

DD MM AAAA

Hora de inicio reacción:

## 8. SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA RAT

SIGNOS VITALES	PRETRANSFUSIÓN	POSTTRANSFUSIÓN	SIGNOS VITALES	PRETRANSFUSIÓN	POSTTRANSFUSIÓN
Temperatura (°C)			Frecuencia cardíaca (latidos/minuto)		
Presión arterial (mm/Hg)			Frecuencia respiratoria (respiraciones/minuto)		

Estado General: (orden alfabético)

- |  |  |   |  |                                      |                                      |
|--|--|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad            | <input type="checkbox"/> Convulsiones            | <input type="checkbox"/> Edema Pulmonar | <input type="checkbox"/> Hipertensión    | <input type="checkbox"/> Ortopnea    | <input type="checkbox"/> Somnolencia |
| <input type="checkbox"/> Arritmias Cardíacas | <input type="checkbox"/> Delirio                 | <input type="checkbox"/> Eritema        | <input type="checkbox"/> Hipotensión     | <input type="checkbox"/> Palidez     | <input type="checkbox"/> Sudoración  |
| <input type="checkbox"/> Broncoespasmo       | <input type="checkbox"/> Diarrea                 | <input type="checkbox"/> Eritrodermia   | <input type="checkbox"/> Hipoxemia       | <input type="checkbox"/> Parestesias | <input type="checkbox"/> Taquicardia |
| <input type="checkbox"/> Cefalea             | <input type="checkbox"/> Disnea                  | <input type="checkbox"/> Escalofrío     | <input type="checkbox"/> Ictericia       | <input type="checkbox"/> Petequias   | <input type="checkbox"/> Temblor     |
| <input type="checkbox"/> Choque              | <input type="checkbox"/> Dolor en sitio infusión | <input type="checkbox"/> Estupor        | <input type="checkbox"/> Malestar        | <input type="checkbox"/> Polipnea    | <input type="checkbox"/> Tetania     |
| <input type="checkbox"/> Cianosis            | <input type="checkbox"/> Dolor Lumbar            | <input type="checkbox"/> Fiebre         | <input type="checkbox"/> Mareo           | <input type="checkbox"/> Prurito     | <input type="checkbox"/> Tos         |
| <input type="checkbox"/> Coma                | <input type="checkbox"/> Dolor Torácico          | <input type="checkbox"/> Hemorragia     | <input type="checkbox"/> Náuseas/Vómito  | <input type="checkbox"/> Púrpura     | <input type="checkbox"/> Urticaria   |
| <input type="checkbox"/> Confusión           | <input type="checkbox"/> Edema                   | <input type="checkbox"/> Hemoglobinuria | <input type="checkbox"/> Oliguria/Anuria | <input type="checkbox"/> Rubor       |                                      |

## 9. INFORMACIÓN DEL COMPONENTE SANGUÍNEO RELACIONADO CON LA RAT

COMPONENTE SANGUÍNEO TRANSFUNDIDO (S) (Si el espacio resulta insuficiente anexe información)

- ☐ Sangre completa ☐ Eritrocitos ☐ Plaquetas ☐ Plasma fresco congelado ☐ Plasma Congelado ☐ Crioprecipitados

Indicado por: (escribir la especialidad médica)

Componente Sanguíneo modificado*	Banco de sangre distribuidor	Grupo sanguíneo Factor RH	Identificación de la unidad	Fecha de vencimiento	ml Administrados hasta inicio de RAT	Duración de la transfusión
				DD MM AAAA		
				DD MM AAAA		
				DD MM AAAA		
				DD MM AAAA		
				DD MM AAAA		
				DD MM AAAA		

\*El transfusible, eritrocitos, plaquetas, plasma fresco congelado, plasma congelado, crioprecipitados

### 10. MANEJO MÉDICO DE LA RAT

- |  |  |  |   |                                       |
|--|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna                           | <input type="checkbox"/> Suplencia de O <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> Analgésicos                             | <input type="checkbox"/> Gases arteriales | <input type="checkbox"/> Vasopresores |
| <input type="checkbox"/> Interrupción Temporal Transfusión | <input type="checkbox"/> Broncodilatadores           | <input type="checkbox"/> Antipiréticos                           | <input type="checkbox"/> Electrolitos     | <input type="checkbox"/> Adrenalina   |
| <input type="checkbox"/> Interrupción Definitiva           | <input type="checkbox"/> Otros Líquidos endovenosos  | <input type="checkbox"/> Diuréticos                              | <input type="checkbox"/> Esteroides       | <input type="checkbox"/> Dopamina     |
| <input type="checkbox"/> Antihistamínicos                  | <input type="checkbox"/> Dobutamina                  | <input type="checkbox"/> Traslado a Unidad de Cuidados Intensivo |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> Solución Salina                   | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |  |   |                                       |

Interpretación Radiografía: \_\_\_\_\_

Interpretación Electrocardiograma: \_\_\_\_\_

### 11. DATOS DE LABORATORIO

PRUEBA	PRE TRANSFUSION	POS TRANSFUSION
Hemodasificación del receptor	_____	_____
Hemodasificación de la unidad	_____	_____
Cuadro Hemático	_____	_____
Transaminasas	_____	_____
Parcial de Orina	_____	_____
Prueba cruzada	_____	_____
Coombs Directo	_____	_____
Rastreo Anticuerpos Irregulares	_____	_____
Anti HLA	_____	_____
Anti HNA	_____ mg/dL	_____ mg/dL
Hemoglobinuria	_____ mg/dL	_____ mg/dL
Creatinina del paciente	_____ mg/dL	_____ mg/dL
Bilirubinas del paciente	_____ mg/dL	_____ mg/dL
LDH del paciente	_____ U/L	_____ U/L
Hemoglobina plasmática	_____ %	_____ %
Haptoglobina	_____ mg/dL o kDa	_____ mg/dL o kDa
Déficit de IgA	_____ mg/dL	_____ mg/dL
Anticuerpos Anti IgA	_____	_____
Resultados Cultivo microbiológico de la unidad. Número Unidad:	_____	Tinción de Gram: _____
Hemocultivo de muestra del paciente pos transfusión	_____	
Marcadores víricos del paciente pos transfusión (cuando se sospecha una ITT)	_____	
Observaciones	_____	

### 12. CLASIFICACIÓN PRELIMINAR DE LA SEVERIDAD DE LA RAT

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> LEVE (morbilidad limitada a corto o largo plazo)             | <input type="checkbox"/> MUERTE  |
| <input type="checkbox"/> MODERADA (morbilidad a largo plazo)                          | <input type="checkbox"/> NO DETERMINADA (especificar causas por las que no se determinó) |
| <input type="checkbox"/> SEVERA (morbilidad inmediata que arriesga vida del paciente) |  |

\_\_\_\_\_  
NOMBRE MÉDICO RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
REGISTRO MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA

A partir del numeral 13 el cuestionario será diligenciado en el marco del Comité de Transfusión Sanguínea

### 13. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN Y CONCLUSIONES

#### 13.1. DEFINICIÓN DE CASO

##### I. REACCIONES TRANSFUSIONALES AGUDAS NO INFECCIOSAS

- ☐ Hemólisis no inmune      ☐ TRALI      ☐ Sobrecarga circulatoria      ☐ Toxicidad por citrato (hipocalcemia)  
☐ Hipotensión      ☐ Hipertensión      ☐ Hipotermia      ☐ Trastornos del potasio y del equilibrio ácido base  
☐ Reacciones hemolíticas agudas: Producto incorrecto: SI \_\_, NO \_\_  
☐ Reacción alérgica: Urticaria \_\_ Severa/anafiláctica/anafilatoide \_\_  
☐ Reacción febril no hemolítica

##### II. REACCIONES TRANSFUSIONALES TARDÍAS NO INFECCIOSAS

- ☐ Reacción hemolítica tardía      ☐ Púrpura postransfusional      ☐ Enfermedad injerto contra huésped      ☐ Inmunomodulación      ☐ Sobrecarga de hierro

##### III. INFECCIONES TRANSMITIDAS POR LA TRANSFUSIÓN

- ☐ Infección viral (especificar): \_\_\_\_\_      ☐ Infección bacteriana (especificar): \_\_\_\_\_      ☐ Otras infecciones (especificar): \_\_\_\_\_

#### 13.2. SEVERIDAD DE LA RAT

- ☐ LEVE (morbilidad limitada a corto o largo plazo)      ☐ MUERTE  
☐ MODERADA (morbilidad a largo plazo)      ☐ NO DETERMINADA (especificar causas por las que no se determinó)

#### 13.3. IMPUTABILIDAD

- ☐ GRADO 0: EXCLUIDA (la evidencia permite descartar a la transfusión como causa de la reacción adversa)  
☐ GRADO 1: POSIBLE (la evidencia no permite establecer a la transfusión como causa de la reacción adversa; podría explicarse por causas diferentes)  
☐ GRADO 2: PROBABLE (la evidencia claramente está a favor de atribuir la causa de la reacción adversa con la administración del producto sanguíneo)  
☐ GRADO 3: DEFINITIVA (la evidencia es concluyente para atribuir a la transfusión como causa de la reacción adversa)  
☐ NO EVALUABLE (no existen datos suficientes para determinar que la reacción adversa; está relacionada con la administración del producto sanguíneo)

#### 13.4. LOCALIZACIÓN DE LA POSIBLE CAUSA DE LA RAT DENTRO DE LA CADENA TRANSFUSIONAL

- ☐ Selección del donante      ☐ Procesamiento de los hemocomponentes      ☐ Distribución y transporte de los hemocomponentes  
☐ Recolección de la unidad      ☐ Almacenamiento de los hemocomponentes      ☐ Transfusión del producto  
☐ Identificación de la unidad y el receptor

### 14. ESTATUS DE LA INVESTIGACIÓN

- ☐ CONCLUIDA (el caso se ha cerrado tras realizar la investigación y llegar a las conclusiones respectivas)  
☐ NO PUDO SER REALIZADA (anotar los motivos por los cuales aún no se ha concluido la investigación)

### 15. PLAN DE MEJORAMIENTO EN LA CADENA TRANSFUSIONAL \*

QUE (Acción a realizar)	COMO (Actividades a realizar)	DONDE (Lugar donde se ejecuta el mejoramiento)	CUANDO (Fecha realización actividades)			QUIEN (Responsable)	PORQUE (Justificación)
			DD	MM	AAAA		
			DD	MM	AAAA		
			DD	MM	AAAA		
			DD	MM	AAAA		
			DD	MM	AAAA		

\* De obligatorio diligenciamiento para eventos moderados, severos y muerte.

### 16. OBSERVACIONES

---



---



---



---

DD MM AAAA

Fecha realización del Comité

Nombre del Responsable del Comité

Firma y Sello del Responsable del Comité