

Transfusionskomplikation, rapport

Ifylls och skickas till Transfusionsmedicin

Avd/rapportör	Personnummer, namn
Komplikation efter transfusion av: <input type="checkbox"/> Erythrocyter <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Trombocyter <input type="checkbox"/> Övrigt	Bedömning av komplikationens svårighetsgrad: <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Svår/allvarlig Allvarlig komplikation, fel och/eller förväxling ska alltid utredas av Transfusionsmedicin. Lindriga reaktioner utreds efter bedömning av patientansvarig läkare.
Tappningsnummer:	Till Transfusionsmedicin ska följande skickas för utredning: Blodprov och aktuell blodenhet/er Bifoga Transfusionsmedicins remiss/elektronisk beställning med ID-kontroll
Händelseförlopp: Akut transfusionskomplikation (inom 1 dygn efter transfusion) Transfusionen påbörjades Datum kl och avbröts kl Transfusionskomplikationen observerades datum kl Uppskattad transfunderad mängd från aktuell enhet mL Fördröjd transfusionskomplikation (dagar/mån efter transfusion) Transfusion gavs, datum: Komplikation observerades, datum:	Kliniska observationer: <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Frossa <input type="checkbox"/> Tempstegring..... C° duration tim <input type="checkbox"/> Pulsstegring <input type="checkbox"/> Blodtrycksfall <input type="checkbox"/> Buksmärtor <input type="checkbox"/> Illamående/kräkning <input type="checkbox"/> Anafylaktisk chock <input type="checkbox"/> Quinckeödem <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Utslag <input type="checkbox"/> Rodnad <input type="checkbox"/> Petechier </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Lumbal smärta <input type="checkbox"/> Icterus <input type="checkbox"/> Hemoglobulinuri <input type="checkbox"/> Tryckkänsla över bröstet <input type="checkbox"/> Dyspné <input type="checkbox"/> Hypoxi <input type="checkbox"/> Rtg pulm (fynd) <input type="checkbox"/> Annat specificeras Blododling utförd på patienten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej </div> </div>