Transzfúziós Szabályzat II. kiadás 10/b. melléklet. Súlyos szövődmény jegyzőkönyv

Címzett: A vérkészítményt kiadó OVSz vérellátó valamint az intézeti transzfúziós felelős orvos

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***A jegyzőkönyv kórházi azonosító (iktató) száma:*** | | | | | | | | | | | | |
| **A bejelentő intézmény:** | | | | | | | | | | | | |
| **OEP kódja:** | | | | | | | | | | | | |
| **A transzfundált beteg neve:** | | | | | | | | | | | | |
| **születési dátum:** | | **azonosító (TAJ):** | | | | | | | | | | |
| **ABO vércsoport:** | | **Rh (D):** | | | | | | **neme: férfi nő** | | | | |
| **a transzfúzió dátuma:** | | **a szövődmény bekövetkezésének dátuma:** | | | | | | | | | | |
| **A vérkészítményt kiadó OVSz vérellátó:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **A transzfúzió során, vagy azt követően jelentkező súlyos szövődmény típusa (a megfelelőt jelölje meg):** | | | | **Gyanú** | | | **Alátámasztott** | | | | | |
| **hemolízis** | | | |  | | |  | | | | | |
| **ABO‑összeférhetetlenség miatt** | | | |  | | |  | | | | | |
| **hemolízis más alloantitest miatt** | | | |  | | |  | | | | | |
| **nem immunológiai hemolízis** | | | |  | | |  | | | | | |
| **transzfúzióval átvitt bakteriális fertőzés** | | | |  | | |  | | | | | |
| **anafilaxis/hiperszenzitivitás** | | | |  | | |  | | | | | |
| **TRALI** | | | |  | | |  | | | | | |
| **transzfúziót követő purpura** | | | |  | | |  | | | | | |
| **egyéb:** | | | |  | | |  | | | | | |
| **Szövődmény leírása: *(anamnézis; diagnózis; gyógykezelés; transzfúzió indikációja; kivitele; reakció lefolyása, kezelése)*** | | | | | | | | | | | | |
| **A súlyos szövődmény az alábbi vérkészítményekhez kapcsolódhat:** | | | | | | | | | **Készítmény** | | | |
| **Vérvételi szám** | **AB0 és RhD** | | **Vérkészítmény kód** | | | | | | **vvs.** | **thr.** | **FFP** | **egyéb** |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  |  | |  | | | | | |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **A jegyzőkönyvet felvevő orvos neve:** | | | | | **Pecsétszáma:** | | | | | | | |
| **A jegyzőkönyv kitöltésének dátuma:** | | | | | **Aláírása:** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **A jegyzőkönyv az OVSZ vérellátóba érkezett:**  **Az intézkedés leírása *(hivatkozás)*:** | | | | | | | | | | | | |
| **OVSZ Vérellátó vezető aláírása:** | | | | | | **Dátum:** | | | | | | |