Transzfúziós Szabályzat II. kiadás 11/b. melléklet Súlyos szövődmény megerősítése

*3/2005. (II.10) EüM rendelet alapján*

**Címzett: OVSZ főigazgató 1113. Bp. Karolina u. 19-21. valamint az Országos Tisztifőorvos**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *A megerősítő bejelentés kórházi azonosító (iktató) száma.* | | | | | | |
| **A bejelentő intézmény:** | | | | | | |
| OEP kódja: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| A ...................év .........................hó...................napján bekövetkezett, és ................................iktatási számon jelentett  súlyos szövődmény:  **** megerősítést nyert,  **** nem nyert megerősítést  **** a súlyos szövődmény típusváltása következett be  A szövődménnyel kapcsolatba hozható vérkészítmény:  száma:……………………..  **** vörösvérsejt-koncentrátum,  **** thrombocytakoncentrátum,  **** FFP,  egyéb: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **A szövődmény végleges meghatározása és hozzárendelési szintje** | | **Hozzárendelési szint** | | | | |
|  | | **Né** | **0** | **1** | **2** | **3** |
| hemolízis ABO‑összeférhetetlenség miatt | |  |  |  |  |  |
| hemolízis más alloantitest miatt | |  |  |  |  |  |
| nem immunológiai hemolízis | |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt bakteriális fertőzés | |  |  |  |  |  |
| anafilaxis/hiperszenzitivitás | |  |  |  |  |  |
| TRALI | |  |  |  |  |  |
| transzfúziót követő purpura | |  |  |  |  |  |
| TA-GVHD | |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt HBV-fertőzés | |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt HCV-fertőzés | |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt HIV–1/HIV–2 fertőzés | |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt maláriafertőzés | |  |  |  |  |  |
| transzfúzióval átvitt egyéb vírus vagy parazita:.............................................................. | |  |  |  |  |  |
| egyéb:.............................................................................................................................. | |  |  |  |  |  |
| **A szövődmény klinikai eredménye:**  **** teljes gyógyulás **** maradandó következmény  **** részleges gyógyulás **** halál | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Az intézeti transzfúziós felelős orvos neve:** | **Pecsétszáma:** | | | | | |
| **A bejelentőlap kitöltésének dátuma:** | **Aláírása:** | | | | | |

*Hozzárendelési szint: Annak meghatározása, hogy a szövődmény milyen mértékben rendelhető a fent meghatározott vérkészítmények valamelyikéhez Né= nincs adat az értékeléshez; 0= kizárt, vagy nem valószínű; 1=lehetséges; 2= valószínű; 3= biztos*