



فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فرآورده های آن

شماره سری استان

۱- مشخصات بیمار (تکمیل توسط پرستار)

نام خانوادگی:	جنسیت: ☐ زن ☐ مرد	تاریخ تولد:	نام:
نام کامل بیمارستان / مرکز درمانی:	بخش محل بروز عارضه:	کد ملی:	شماره پذیرش / پرونده:
استان محل بیمارستان:	شماره پذیرش / پرونده:	شهر محل بیمارستان:	

۲- وضعیت بالینی (تکمیل توسط پرستار)

علت بستری: میزان Hb قبل از تزریق:

علت نیاز به تزریق خون یا فرآورده:

سابقه حاملگی / سقط جنین (در طول زندگی): ☐ بلی ☐ خیر در صورت وجود سابقه، زمان آخرین حاملگی یا سقط: در کمتر از سه ماه گذشته ☐ در بیشتر از سه ماه گذشته ☐

تاریخچه بیماری: فشار خون ☐ بیماری قلبی ☐ بیماری ریوی ☐ نقص ایمنی ☐ بیماری کلیوی ☐ آلرژی ☐ بیماری کبدی ☐

سابقه قبلی تزریق خون: بلی (در کمتر از سه ماه گذشته) ☐ / بلی (در بیشتر از سه ماه گذشته) ☐ خیر ☐ سابقه قبلی واکنش به تزریق خون: بلی ☐ خیر ☐

در صورت مصرف آنتی بیوتیک در بستری فعلی، نام آخرین آنتی بیوتیک، تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز:

۳- مشخصات فرآورده (های) تزریقی (تکمیل توسط پرستار)

☐ Whole blood ☐ RBC (Packed Cell) ☐ Leukoreduced RBC ☐ Washed RBC ☐ Washed Leukoreduced RBC ☐ RDP (Random Donor Platelet) ☐ SDP (Single Donor Platelet) ☐ Pooled PLT ☐ Irradiated PLT	☐ کیسه خون اطفال ☐ Irradiated RBC ☐ FFP (Fresh Frozen Plasma) ☐ Cryo Precipitate ☐ CPP (Cryo Poor Plasma) ☐ خون اتولوگ ☐ سایر فرآورده ها ☐ سایر فرآورده ها را نام ببرید	نام فرآورده، ABO و Rh کیسه منجر به بروز عارضه: شماره کیسه منجر به بروز عارضه: Collection date: ساعت شروع تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: ☐ am ☐ pm ☐ عارضه حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده، ساعت بروز عارضه: ☐ am ☐ pm ساعت قطع تزریق: ☐ am ☐ pm حجم تقریبی تزریق شده از کیسه تا زمان بروز عارضه بر حسب میلی لیتر: آیا تزریق این کیسه مجدداً شروع شده؟ ☐ بلی ☐ خیر ← ساعت شروع مجدد تزریق: ☐ am ☐ pm ساعت اتمام تزریق: ☐ am ☐ pm ☐ کیسه بطور کامل تزریق شده (یعنی بروز عارضه پس از اتمام تزریق رخ داده)، ساعت اتمام تزریق: ☐ am ☐ pm وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسه منجر به بروز عارضه: ☐ تحت بیهوشی عمومی (در اتاق عمل) ☐ تحت بیهوشی اسپینال (در اتاق عمل) ☐ هیچکدام چنانچه کیسه منجر به بروز عارضه، حاوی RBC (گلبول قرمز) بوده، آیا گرم شده؟ روش گرم کردن؟
--	--	--

نوع فرآورده (تکمیل توسط پزشک)

نوع فرآورده، گروه خون، Rh و شماره کیسه های تزریق شده طی ۲۴ ساعت قبل از بروز عارضه (خوانا و واضح):

تعداد در مجموع (به جز کیسه عارضه):

روشن گرم کردن؟

فقط یکی از این دو قسمت باید با توجه به فرآیند تزریق کیسه منجر به عارضه تکمیل شود.

۴- علائم، نشانه های بالینی و نتایج آزمایشگاهی (تکمیل توسط پزشک و پرستار) تنها علائمی ذکر شود که قبل از تزریق وجود نداشته / یا در صورتی که وجود داشته تشدید یافته است.

☐ تب (افزایش درجه حرارت < یا = ۱ درجه سانتی گراد) ☐ درد قفسه سینه ☐ بی قراری ☐ قرمزی پوستی (راش) ☐ خونریزی ☐ کاهش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه) ☐ افزایش فشار خون (مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه) ☐ سایر علائم:	☐ لرز ☐ قطع ادرار ☐ گر گرفتگی ☐ ویز ☐ تهوع ☐ برادی کاردی (افت ضربان قلب به ۶۰ یا کمتر از ۶۰ بار در دقیقه) ☐ تکیکاردی (افزایش ضربان قلب به ۱۰۰ یا بیشتر از ۱۰۰ بار در دقیقه)	☐ سردرد ☐ درد پشت ☐ کم شدن حجم ادرار ☐ تغییر رنگ ادرار ☐ کهیر ☐ تاکی پنه (تنفس مساوی یا بیش از ۲۸ بار در دقیقه) ☐ استفرغ ☐ استفرغ
---	--	--

نتایج Chest X - Ray بعد از وقوع عارضه: انفیلتراسیون دوطرفه ☐ بزرگی سایز قلب ☐ احتقان عروق ریوی ☐ سایر موارد:

ب- نتایج آزمایشگاهی:

ABO-Rh بیمار	قبل از تزریق	بعد از تزریق
Cross Match (سازگار یا ناسازگار)		
Direct Antiglobulin test (DAT) (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		
Ab Screening (در صورت انجام): (مثبت یا منفی)		

نتیجه رنگ آمیزی گرم و کشت خون از بیمار:

میزان پتاسیم، کلسیم، بیلی روبین، اوره، کراتنین، ALT, LDH, PH (در صورت انجام):



۵- تشخیص و شدت نوع عارضه (تکمیل توسط پزشک)

(الف) تشخیص نوع عارضه: (تنها یک عارضه انتخاب شود که همخوانی بیشتری با علایم دارد).

☐ - واکنش تب زای غیر همولیتیک (FNHTR^{*1})
☐ - واکنش آلرژیک (Allergic Reaction)
☐ - آنافیلاکسی
☐ - تنگی نفس وابسته به تزریق خون (TAD)^{*2}
☐ - افت فشار خون وابسته به تزریق خون
☐ - TRALI^{*3}
☐ - TACO^{*4}
☐ - PTP^{*5}
☐ - TA-GVHD^{*6}

☐ ☐ ☐ ☐	عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام نمونه گیری	بروز خطا در بخش بیمارستان	☐ ABO Incompatible Blood ☐ Allo antibodies	} ☐ Immune ☐ Non Immune	} ☐ Acute ☐ Delayed	Hemolytic Transfusion Reaction - (HTR)
	عدم شناسایی صحیح بیمار در هنگام تزریق خون یا فرآورده					
	ارسال اشتباه کیسه فرآورده از بانک خون					
	اشتباهات تکنیکی و دفتری در تعیین گروه خون					
	بروز خطا در بانک خون بیمارستان					

☐ - سایر تشخیص‌ها

□ HIV

☐ HBV☐ HCV

☐ Other Viral Infections

□ دال

☐ ګټه نلري.

16

☐ اب عفونت ها

□ TTI*7.

ب) شدت عارضه: ☐ خفیف (درجه ۱) ☐ شدید (درجه ۲) ☐ تهدید کننده حیات (درجه ۳ نظیر شوک) ☐ مرگ (درجه ۴)

در صورت مرگ، توضیح شرایط منجر به مرگ:

۶- اقدامات درمانی انجام شده پس از بروز عارضه ناشی از تزریق خون یا فِرآورده (تکمیل توسط پزشک)

☐ تجویز تب پر
☐ تجویز آنتی بیوٹیک
☐ تجویز آکسیجن
☐ تجویز آنتی ہیستامین
☐ تھو بہ مکانیک
☐ تجویز استروئید
☐ انتقال بہ ICU
☐ تجویز وازوپرسورھا
☐ تجویز دیورتک

- جزئیات :

آیا بیمار از محل تزریق خون، به طور همزمان، دارو یا محلول تزریقی دیگری به جز نرمال سالین دریافت کرده؟ با ذکر نام:

۷- قابلیت استناد عارضه (به تعاریف در انتهای ضمیمه دقت شود)- (تکمیل توسط پزشک)

☐ *Not Applicable* (بدون ارتباط) ☐ *Exclude* یا *Unlike* (احتمال اندکی) ☐ *Possible* (ممکن) ☐ *Probable* (محتمل) ☐ *Certain* (قطعاً)

۸- وضعیت بالینی بیمار مرتبط با عارضه ناشی از تزریق خون یا فرآورده خونی (تکمیل توسط پزشک)

مری

☐ ناتوان، شدید یا نقص عضو دائم.

□ **ناتوان از جنس نامختص**

□ کاملاً مفہود یافتہ

نام بیمارستان، بعدی:

انتقال به بیمارستان دیگر

۹ - افراد مرتبط

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: مهر:

نام و نام خانوادگی پرستار تزریق کننده: مهر:

تاریخ :

نام و نام خانوادگی، پزشک معالج:-----امضاء و مهر نظام پزشکی:

تاریخ :

نام و نام خانوادگی پزشک ارشد هموپات لانس: امضاء و مهر نظام پزشکی:

۱۰- دفتر هموویژنلانس پایگاه انتقال خون

نام پایگاه انتقال خون بررسی کننده: تاریخ دریافت فرم گزارش عرضه از بیمارستان:
اعلام نظر توسط واحد هموویزیانس پایگاه انتقال خون: ۱- نوع عرضه: ۲- قابلیت استناد:
نام و نام خانوادگی پزشک هموویزیانس پایگاه انتقال خون: مهر و امضاء:

دانش

- * 1- FNHTR: Febrile Non Hemolytic Transfusion Reaction
- * 2- TAD: Transfusion Associated Dyspnea
- * 3- TRALI: Transfusion Related Acute Lung Injury
- * 4- TACO: Transfusion Associated Circulatory Overload

* 5- PTP: Post Transfusion Purpura
* 6- TA-GVHD: Transfusion Associated- Graft Versus Host Disease
* 7- TTI: Transfusion Transmitted Infection

* میزان قابلیت استناد عوارض ناشی از تزریق خون یا فرآورده :

.....>	Not Applicable	(بدون ارتباط)
.....>	Exclude یا Unlike	(احتمال اندک)
.....>	Possible	(ممکن)
.....>	Probable	(محتمل)
.....>	Certain	(قطعی)

لطفاً پس از تکمیل هردو روی فرم، حداکثر ظرف ۴۸ ساعت پس از وقوع عارضه، آن را از طریق دوگنار، رو یا تهیه اسکن از پشت و روی فرم و ایمیل به پایگاه انتقال خون ارسال نمایند و از دریافت فرم توسط مسئول هیومنیزاسیون پایگاه اطمینان حاصل فرمایید. اصل فرم تا زمان تحویل به پایگاه انتقال خون در دفتر پرستاری و یکی آن در پرونده بیمار نگهداری شود.