

## راهنمای نحوه تکمیل فرم گزارش عوارض 00.HV.007.FRM/03

همکاران تکمیل کننده فرم، پس از بروز عارضه جهت تکمیل فرم گزارش عوارض ناخواسته احتمالی بعد از تزریق خون و فراورده های آن، موارد زیر را اجرا نمایند:

(۱) **بررسی کد فرم:** فقط فرم عارضه 00.HV.007.FRM/03 مورد قبول است (از اول تیرماه ۱۳۹۸ فرم 00.HV.007.FRM/02 مورد قبول نمی باشد).

(۲) این فرم از طریق سایت سازمان انتقال خون کشور به آدرس **www.ibto.ir**، قابل دسترسی است به این ترتیب که در صفحه اصلی روی آیکون هموویژنالس کلیک می کنید سپس در صفحه باز شده روی عنوان "فرم ها، چک لیست ها و شرح وظایف" کلیک نمایید آن گاه در صفحه جدید روی عنوان "فرم گزارش عوارض...." کلیک فرمائید که فایل pdf فرم عارضه 00.HV.007.FRM/03 باز می شود. در صورت استفاده از فرمهای ما قبل (منسوخ)، فرم مورد قبول انتقال خون نبوده و در فایل گزارش عوارض وارد نمی شود.

(۳) قسمت های مختلف فرم به شرح زیر پر شود:

### قسمت اول - مشخصات بیمار :

- نام و نام خانوادگی به طور کامل و خوانا وارد شود.
- تاریخ تولد به صورت ( روز / ماه / سال ) درج شود.
- کد ملی به صورت کامل همراه صفرهای قبل وارد شود. (یعنی ده رقمی باشد).
- نام مرکز درمانی به صورت کامل نوشته شود.
- منظور از بخش محل بروز عارضه : بخشی از بیمارستان است که بیمار در آن بخش دچار عارضه شده است.
- منظور از شهر و استان محل بیمارستان، شهر و استانی است که مرکز درمانی در آن واقع است.
- در قسمت شماره پذیرش / پرونده، در صورتی که بیمار در هر پذیرش شماره جدید می گیرد، شماره پذیرش ذکر شود و در غیر این صورت شماره پرونده ثبت گردد.

### قسمت دوم - وضعیت بالینی:

- در قسمت علت بستری، علت بستری بیمار در بیمارستان باید شرح داده شود و عبارات کلی مانند ضعف و بیحالی و خونریزی (بدون ذکر موضع) مورد قبول نیست خصوصا در مورد آنمی توجه ویژه به عمل آید که علت یا نوع آنمی را ذکر کرده باشید.

- میزان Hb قبل از تزریق، برای بیمارانی که کیسه حاوی RBC منجر به عارضه بوده و یا در ۲۴ ساعت قبل از عارضه RBC دریافت کرده اند حتما ذکر شود.

- در قسمت علت نیاز به خون یا فرآورده، علل یا عواملی که باعث شده تصمیم به تزریق کیسه منجر به عارضه شود را توضیح دهید.

- سابقه حاملگی جهت ایجاد آنتی بادی های همولیز دهنده اهمیت دارد حتی اگر مربوط به سالیان پیش باشد. لذا سابقه حاملگی در طول عمر مورد توجه است. زمان آخرین حاملگی، در مورد بیماری که اکنون حامله است یا برای سقط یا زایمان مراجعه کرده در کمتر از سه ماه گذشته انتخاب شود.

- در بخش تاریخچه بیماری، کلیه موارد مربوط به سابقه بیمار است نه بیماری فعلی و دقت در ذکر سوابق بیمار از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

- منظور از سابقه قبلی تزریق خون، سابقه تزریق خون یا فرآورده خونی در تمام عمر می باشد و براساس تاریخ آخرین بار تزریق، کمتر یا بیشتر از سه ماه انتخاب شود.

- در صورتی که بیمار سابقه تزریق خون (با تعریف بالا) را داشته حتما سابقه قبلی واکنش به تزریق خون پر شود. برای بیماری که سابقه تزریق خون نداشته، سابقه واکنش به تزریق خون خالی باشد.

- در صورتی که در بستری فعلی، آنتی بیوتیک مصرف شده، نام آخرین آنتی بیوتیک و تاریخ و ساعت مصرف آخرین دوز آن ثبت شود.

#### **قسمت سوم - مشخصات فرآورده (های) تزریقی:**

##### **در قسمت چپ (نوع فرآورده):**

نوع کیسه منجر به بروز عارضه باید تیک زده شود. در صورتی که هیچیک از موارد ذکر شده نبوده سایر فرآورده ها را تیک بزنید و نوع آن را نام ببرید.

- در صورتی که بیش از یک کیسه همزمان تزریق شده (مثل موارد استفاده از پمپ قلب در اعمال جراحی قلب) اگر تمامی کیسه ها از یک نوع فرآورده اند که نوع فرآورده مشخص است و در صورتی که انواع مختلفی است نوع فرآورده را نباید تیک بزنید و باید در توضیحات شرح دهید (و در این دو حالت شماره کیسه منجر به عارضه را هم ثبت نکنید)

- مشخصات همه کیسه های تزریق شده در طی ۲۴ ساعت قبل از بروز عارضه به جز خود کیسه منجر به عارضه، شامل نوع فرآورده، گروه خون و شماره کیسه به طور خوانا ثبت شود. شماره کیسه به صورت کامل شامل ۱۲ شماره مانند : O50012937024 ثبت گردد.

##### **در قسمت راست :**

- نوع فرآورده و گروه خون کیسه منجر به بروز عارضه به طور خوانا ثبت شود. نوع فرآورده درج شده با نوع فرآورده تیک زده شده باید باهم همخوانی داشته باشند.

- شماره کیسه منجر به بروز عارضه به طور کامل (۱۲ رقمی) و خوانا ثبت شود.

- دقت کنید Collection date از روی کیسه منجر به بروز عارضه بررسی و به دقت و خوانا نوشته شود.

- تاریخ تزریق کیسه منجر به بروز عارضه برحسب زمان شروع تزریق آن کیسه به دقت ثبت شود. (خصوصا اگر در حوالی نیمه شب تزریق انجام شده در بررسی تاریخ تزریق دقت کنید).

- ساعت شروع تزریق کیسه منجر به بروز عارضه با مشخص کردن قبل یا بعد از ظهر و به صورت دو رقم دورقم مشخص شود.

- دقت به وقایع رخ داده هنگام تزریق و زمان ثبت شده آنها شامل شروع تزریق، بروز عارضه (زمان بروز اولین علامت عارضه)، قطع تزریق، شروع مجدد تزریق (همان کیسه)، و اتمام تزریق، لازم است طوری که این موارد باید باهم همخوانی داشته دارای توالی منطقی باشند.

- در قسمت مربوط به زمانهای تزریق قابل ذکر است که در فرایند تزریق یک کیسه، ابتدا ساعت شروع تزریق کیسه ثبت شود و در ادامه دو حالت زیر وجود دارد که فقط یکی از آنها تیک می خورد و تکمیل می شود:

#### ۱ - عارضه حین تزریق رخ داده و منجر به قطع تزریق شده :

در این حالت از نظر توالی منطقی ابتدا ساعت بروز عارضه (زمان بروز اولین علامت ملاک است) ثبت شود و سپس ساعت قطع تزریق. و منظور از حجم تزریق شده، حجمی است که تا زمان قطع، از این کیسه مصرف شده است.

حالا برحسب نوع علایم و شدت علایم در مورد ادامه تزریق تصمیم گیری می شود. در صورتی که تزریق این کیسه همین جا خاتمه یافته، در جواب سوال (آیا تزریق این کیسه مجددا شروع شده؟) خیر باید تیک بخورد و بقیه سوالات این قسمت را بی جواب بگذارید. اما اگر تزریق همین کیسه مجددا شروع شده باشد ساعت شروع مجدد تزریق و ساعت اتمام تزریق باید ثبت شوند (و در صورتی که مجددا عارضه دیده شده و قطع شده باید در فرم یادداشت کنید)

#### ۲ - کیسه به طور کامل تزریق شده و بروز عارضه پس از اتمام تزریق رخ داده :

در این حالت ساعت اتمام تزریق و سپس ساعت بروز عارضه باید تکمیل شود.

- در تزریق RBC، برای هر کیسه به طور جداگانه در یک فرم نظارت، زمان شروع و ... ثبت می شود لذا ساعتها و حجم برای همان یک کیسه در فرم گزارش عارضه هم باید ثبت شود. ولی در مورد پلاکت و FFP و CP و CPP در هر برگه نظارت تزریق، تا ۵ فراورده قابل ثبت است و زمان شروع و پایان در این برگه برای یک پک فراورده تا ۵ تایی ثبت می شود به همین دلیل در مورد این فراورده ها ساعت شروع و حجم تقریبی برای یک پک هم قابل قبول است.

- در قسمت وضعیت بیمار هنگام تزریق کیسه منجر به بروز عارضه، فقط بیهوشی عمومی و اسپاینال در اتاق عمل تفکیک شده و در وضعیت های دیگر کاهش هوشیاری، گزینه هیچکدام باید انتخاب شود.

- سوال آخر این قسمت درباره گرم کردن فراورده است که فقط وقتی که کیسه منجر به عارضه حاوی RBC است، باید تکمیل شود وگرنه خالی بماند.

### **قسمت چهارم - علائم، نشانه های بالینی و نتایج آزمایشگاهی:**

- فقط آن دسته از علائم، نشانه های بالینی و نتایج آزمایشگاهی که پس از شروع تزریق خون یا فراورده عارض شده اند مورد نظر می باشد و علائم و نشانه هایی که قبل از تزریق هم بوده و تشدید نشده نباید علامت زده شود. در واقع علائمی که مرتبط با بیماری زمینه ای بیمار است مورد نظر نیست. در صورتی که علائم و نشانه های دیگری رخ دهد که در این قسمت نام برده نشده باید در قسمت سایر علائم ذکر شود.

- اطلاعات جدول علائم حیاتی شامل علائم بلافاصله قبل از شروع تزریق و علائم بعد از بروز عارضه است.

- علائمی مثل تب، تاکی پنه، افزایش و کاهش فشارخون، تاکی کاردی و برادی کاردی در صورتی که جدول علائم حیاتی بروز آنها را تأیید نکند، رد می شوند برای مثال اگر در جدول، افزایش مساوی یا بیش از ۳۰ میلی متر جیوه در فشار سیستول یا دیاستول وجود داشته باشد، با انتخاب گزینه افزایش فشار خون مطابقت دارد و تأیید می شود.

- در مورد تب، افزایش مساوی یا بیشتر از یک درجه سانتی گراد همیشه تب محسوب می شود و در مرز ۳۸ درجه افزایش حداقل نیم درجه (به شرط اینکه درجه حرارت قبل زیر ۳۸ باشد و درجه حرارت بعد به ۳۸ یا بالاتر برسد) را نیز تب محسوب می کنیم. در صورتی که درجه حرارت ۳۸ یا بالاتر باشد، افزایش حداقل یک درجه لازمست تا تب محسوب شود.

- تعریف های مندرج در فرم برای قبول علائم در بزرگسالان و شرایط عادی مورد استفاده قرار می گیرند و برای نوزادان، اطفال تا ۵ سال و سنین و شرایط خاص باید با پزشک مشورت شود.

- نتایج رادیو گرافی قفسه صدري و آزمایشات را فقط در صورتی که بعد از بروز عارضه انجام شده است ثبت کنید. و در صورت نتیجه غیرطبیعی، مقادیر قبل از تزریق را نیز ذکر نمائید.

- دقت کنید: در بخش نتایج آزمایشگاهی، نتایج گروه خون قبل از تزریق چون برای تمام موارد بررسی می شود لذا حتماً ثبت شود. کراس مچ قبل از تزریق هم که برای تمام واحدهای حاوی RBC انجام می شود لذا باید در تمام این موارد ثبت شود.

- نتایج کراس مچ با استفاده از کلمه های سازگار یا ناسازگار وارد شود.

- میزان پتاسیم، کلسیم، بیلی روبین توتال، BUN، کراتینین، PH، LDH، ALT خون (در صورت انجام) ثبت شود.

- در مورد کلیه آزمایشات و رادیوگرافی ریه، در صورت غیر طبیعی بودن، با مقادیر و وضعیت قبل از تزریق هم مقایسه شوند.

پشت صفحه:

نام و نام خانوادگی بیمار و نام بیمارستان در بالای صفحه حتما ثبت شود.

**قسمت پنجم - تشخیص و شدت نوع عارضه :**

- در قسمت تشخیص نوع عارضه، تنها یک مورد انتخاب شود که همخوانی بیشتری با علایم دارد.

- در انتخاب مورد همولیز، الگوریتم موجود در فرم تا مرحله ای که فلش پایان می یابد، ادامه داده شود به عنوان مثال در رابطه با عارضه HTR، عارضه اگر تاخیری باشد همین جا تمام می شود اما اگر حاد \* باشد باید تعیین کنید Immune است یا Non Immune؟ و اگر Non Immune بود تمام است اما اگر Immune باشد باید تعیین کنید که ABO است یا Allo Antibody؟ و اگر ABO بود باید محل بروز خطا و علت خطا را مشخص کنید تا تکمیل شود.

- و در قسمت عارضه TTI در صورت ویرال بودن عارضه، ادامه الگوریتم تکمیل شود.

- در قسمت ب، شدت عارضه توسط پزشک هموویژلانس و پس از مشورت با پزشک ارشد هموویژلانس بیمارستان مشخص شود.

- در صورت انتخاب گزینه مرگ، شرایط منجر به مرگ توضیح داده شود.

**قسمت ششم - اقدامات درمانی انجام شده پس از بروز عارضه:**

- کلیه اقدامات درمانی که پس از بروز عارضه و برای درمان عارضه انجام شده مشخص شود. (توسط پزشک معالج)

- جزئیات لازم در مورد اقدامات درمانی و یا توضیحات اضافه را ثبت کنید.

- در پاسخ سوال (آیا از محل تزریق خون، به طور همزمان، دارو یا محلول تزریقی دیگری به جز نرمال سالین دریافت کرده؟) پاسخ خیر است مگر این که از همان line و به طور همزمان، تزریقی به جز نرمال سالین داشته باشد. که در این صورت، نام دارو باید ثبت شود.

**قسمت هفتم - قابلیت استناد عارضه:**

- منظور این است که علایم بوجود آمده تا چه میزان ناشی از تزریق خون یا فراورده است.

- حتما پزشک معالج پس از مشورت با پزشک ارشد یکی از گزینه ها را باید انتخاب کنند.

**قسمت هشتم - وضعیت بالینی بیمار مرتبط با عارضه ناشی از تزریق خون یا فراورده خونی:**

- منظور این است که وضعیت بیمار از نظر علایم عارضه ناشی از تزریق خون بعد از انجام اقدامات درمانی، چه تغییری داشته است. مثلا اگر علایم کاملا برطرف شده گزینه "کاملا بهبود یافته" انتخاب شود. در صورتی که به

علت عوارض به بیمارستان دیگری منتقل شده گزینه "انتقال به بیمارستان دیگر" انتخاب شده و نام بیمارستان و شهر مقصد ثبت شود.

#### قسمت نهم - افراد مرتبط:

- محل ثبت نام و نام خانوادگی برای چهار نفر، شامل پرستاری که تزریق را بعهده داشته، فردی که فرم گزارش عارضه را تکمیل کرده، پزشک معالج و پزشک ارشد هموویژلانس در نظر گرفته شده است و لازمست نامها ثبت شده و توسط افراد صاحب مهر، مهر شود. شناخت این افراد برای پیگیری های بعدی لازم است.

- پزشک معالج و پزشک ارشد هموویژلانس، هریک به طور جداگانه تاریخ روزی که فرم را مهر کرده اند نیز ثبت نمایند.

#### قسمت دهم - دفتر هموویژلانس پایگاه انتقال خون:

- این قسمت در ادارات کل انتقال خون پر می شود.

۴- لازم است زمانبندی الگوریتم گزارش عوارض رعایت شده باشد و قبل از ۴۸ ساعت از زمان بروز عارضه، فرم گزارش عوارض توسط پزشک ارشد هموویژلانس تایید و به اداره کل انتقال خون استان از طریق فاکس یا ای میل (یا به طریق دیگر) رسیده باشد. در غیر این صورت به بیمارستان تذکر شفاهی و یا کتبی برحسب مورد داده می شود.

۵- رابط هموویژلانس هر بیمارستان، مسئول پاسخگویی و پیگیری سوالات مسئول هموویژلانس اداره کل انتقال خون می باشد. (در موارد نقص و عدم همخوانی و نیز توضیح موارد ثبت شده در فرم)

---

\*کیسه منجر به بروز عارضه: کیسه خون یا فراورده ای است که در هنگام شروع عارضه، در حال تزریق بوده است و یا در صورتی که در زمان شروع عارضه خون، کیسه ای تزریق نمی شده، آخرین کیسه تزریق شده را به عنوان کیسه منجر به بروز عارضه فرض می کنیم.

\*\* حاد: در صورت بروز واکنش در ۲۴ ساعت اول از شروع تزریق، عارضه حاد و در بعد از ۲۴ ساعت تاخیری محسوب می گردد.