

## NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN TRANSFUSIONAL



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

## CUESTIONARIO: NOTIFICACIÓN DE UN INCIDENTE RELACIONADO CON LA DONACIÓN

### DATOS DEL DONANTE

Apellidos y nombre (Iniciales) ..... N° de identificación .....

Fecha\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ Sexo H  M  NUSS: .....

Centro de Transfusión o Banco de Sangre: .....

Fecha\_ \_ / \_ \_ / \_ \_ (DD/MM/AA)

### MOMENTO DEL INCIDENTE

En la donación

Post-donación

### TIPO DE INCIDENTE

**Donación de Sangre**

**Donación de Aféresis**

Hematoma  Infección local  Náuseas y Vómitos  Pérdida de conciencia

Punción arterial  Alergia al desinfectante  Movimientos clónicos  Tetania

Fistula arteriovenosa  Lesión neurológica  Incontinencia

Tromboflebitis

Reacciones al Citrato  Especificar .....

Mal funcionamiento de la máquina  Especificar .....

Problemas del acceso venoso  Especificar .....

Otros  Especificar .....

### CARACTERÍSTICAS DE LA DONACIÓN:

### CARACTERÍSTICAS DEL DONANTE:

En el propio Banco <input type="checkbox"/>	Bajo peso <input type="checkbox"/>	Ayuno superior a 5 horas <input type="checkbox"/>
En Equipos móviles:	Reacciones previas <input type="checkbox"/>	Otras <input type="checkbox"/>
Unidad móvil <input type="checkbox"/>	Fatiga previa <input type="checkbox"/>	Especificar .....
Local habilitado <input type="checkbox"/>		.....
Circunstancias ambientales:	Donante de 1ª vez <input type="checkbox"/>	.....
Calor excesivo <input type="checkbox"/>	Donante habitual <input type="checkbox"/>	.....
Frio <input type="checkbox"/>	Donante ocasional <input type="checkbox"/>	
Humedad <input type="checkbox"/>	Autodonación <input type="checkbox"/>	
Insuficiencia del local <input type="checkbox"/>		
Incidencias de la donación:		
Sangría alargada <input type="checkbox"/>		

*En caso de inadecuada selección del donante se considera debido a:*

Insuficiente formación del personal  Guía de Criterios de Exclusión incorrecta

Material de información inadecuado  Razones epidemiológicas no contempladas